dr. J.C. van Es

Medicul de familie și pacientul său

Libra

Coperta: STAN BARON

Coperta I: sculptura „Pacientul"
de Charllotte van Pallandt
(Olanda, 1961)

Colecția HYPOCRATES

© Editura LIBRA

ISBN: 973-9061-59-6

Scanned with OKEN Scanner

Prof. dr. Jan Cornelis van Es

MEDICUL DE FAMILIE ȘI PACIENTUL SĂU

MANUAL PENTRU MEDICUL DE FAMILIE

Editura LIBRA®
București, 1997

Scanned with OKEN Scanner

Cuvânt înainte

S-au scris foarte multe cărți despre boală, dar foarte puține despre bolnav. După cum remarcă chiar profesorul Jan C. van Es, s-au scris deja foarte multe cărți medicale și se vor mai scrie încă multe altele, dar majoritatea acestor cărți abordează doar câte o problemă particulară din câmpul extrem de vast al medicinii umane. Unele se ocupă de bolile interne, altele de bolile infecțioase, altele de bolile metabolice și așa mai departe. Desigur că și aceste cărți sunt foarte necesare medicului de familie. Dar ele nu sunt suficiente, pentru că ignoră tocmai problemele specifice ale medicinii familiei. Ele nu se ocupă de omul bolnav, de problemele primului contact, ale continuității asistenței medicale, de problemele familiei, ale colectivității și ale pacientului, chiar înainte de a se îmbolnăvi. De aceea, profesorul Jan C. van Es a vrut să scrie o carte utilă și specifică medicului de familie, pentru că a fost primul profesor de medicina familiei din Europa continentală. Mai întâi, a înființat un Institut de Medicina Familiei, iar apoi o catedră de medicina familiei la Utrecht. Prima catedră de medicina familiei din Europa a fost înființată în Scoția. Dar prima catedră de medicina familiei din Europa continentală a fost înființată în 1966 la Utrecht. La scurt timp s-au înființat apoi catedre de medicina familiei și la celelalte universități din Olanda și din țările Europei occidentale, încât astăzi majoritatea facultăților de medicină din Europa au catedre de medicina familiei, conduse de medici generaliști.

Desigur că, în condițiile în care medicina familiei s-a dovedit nu numai utilă, ci și absolut necesară în contextul medicinii moderne, atât studenții cât și medicii aveau nevoie de o carte, de un manual, care să trateze problemele specifice cu care se confruntă și pe care le are de rezolvat medicul de familie. Cartea profesorului Jan C. van Es reprezintă un astfel de manual, care se deosebește de manualele de strictă specialitate.

După ce tratează rolul medicului de familie, profesorul Jan C. van Es vorbește de aisbergul, adică de partea care nu se vede și care începe încă cu faza premedicală și se poate prelungi datorită comportamentului de amânare. Perioada aceasta este foarte importantă pentru medicul de familie pentru că el este singurul care o poate sesiza și influența.

Desigur că pentru aceasta medicul de familie trebuie să cunoască modalitățile de debut ale bolilor, importanța factorilor de risc, diferitele moduri de a concepe boala și de a fi bolnav, precum și cele mai frecvente boli care s-ar putea întâlni în rândul pacienților săi. Toate aceste lucruri medicul de familie nu le poate învăța de la celelalte discipline sau specialități.

Cartea profesorului Jan C. van Es a fost publicată în 1974 și a fost republicată în 1980, în 1984, în 1989, ceea ce demonstrează aprecierea de care se bucură ea în Olanda.

Acum, cartea este tipărită în limba română, pentru că profesorul Jan C. van Es iubește România și a dorit să contribuie la dezvoltarea medicinii familiei în România. El a ținut, în ultimii ani, cu competență, dar și cu drag și cu perseverență, numeroase cursuri de medicina familiei în România. Iar astăzi, ne oferă cartea lui, care a contribuit la formarea medicilor de familie din Olanda și va contribui desigur și la formarea medicilor de familie din România.

Scanned with OKEN Scanner

Cartea este împărțită în două părți: o parte generală, care se referă la problemele conceptuale ale medicinii familiei ci și o parte specială în care se discută maniera concretă în care generalistul trebuie să rezolve problemele cu care este confruntat. Cartea începe cu o introducere generală, în care se vorbește despre conținutul manualului de medicina familiei și despre locul medicului de familie și îndatoririle acestuia.

Medicul de familie se află, de fapt, la încrucișarea a doua subsisteme ale sănătății publice și anume la încrucișarea subsistemului curativ cu subsistemul preventiv. El îndeplinește atât sarcini curative, cât și sarcini preventive. Și este foarte important faptul că el le îndeplinește nu separat, ca ceilalți specialiști, ci în interdependența lor, axate pe pacient și pe familie. Pentru că, de fapt, medicul de familie, care are în grija lui pacientul de la naștere până la moarte, este nu numai martorul evoluției ființei umane, ci și martorul apariției și evoluției bolilor, al trecerii de la starea de sănătate la starea de boală. În acest sens, medicul de familie are rolul de a sesiza din timp eventualele tulburări și, dacă se poate, de a preveni apariția bolilor. El are apoi rolul de a urmări evoluția afecțiunilor, dacă au apărut, pentru a preveni, a opri sau a încetini evoluția fenomenelor.

Deoarece foarte mulți confundă medicina familiei cu un fel de medicină internă mai superficială, un capitol foarte important pentru noi este acela care abordează conținutul activității medicului de familie. După cum arată profesorul Jan C. van Es, medicul de familie consultă și el bolnavul, și el ia anamneza, și el investighează pacientul, ca și ceilalți specialiști. Dar nu trebuie uitat nici un moment că, spre deosebire de toți ceilalți specialiști, el lucrează în prima linie. El este medicul de prim contact. La el vin pacienții oricând și pentru orice problemă. El este cel care acordă asistență medicală continuă. El are în grija lui pacientul de la naștere până la moarte. El nu este numai medicul bolii, ci și al bolnavului, al familiei și al colectivității.

Spre deosebire de ceilalți specialiști, medicul de familie nu lucrează în spitale, ci în cabinetele medicale aflate pe teritoriul pacientului, acasă la pacient, sau foarte aproape de casa lui. De aceea, medicina familiei este o medicină deschisă spre lume, ceea ce îi conferă anumite particularități, pe care nu le întâlnim la nici una din celelalte specialități. Și este regretabil că nu toți au înțeles încă acest lucru. Pentru că, practicată așa cum trebuie, medicina familiei poate aduce avantaje extraordinare atât pacientului, cât și societății. În următoarele capitole ale cărții, profesorul Jan C. van Es se ocupă de bolile cu care este confruntat medicul de familie. El se ocupă cu multă sensibilitate de trecerea de la faza premedicală la faza medicală, de comportamentul de amânare, de modalitățile de solicitare a ajutorului medical, de rolul psihosomaticii în medicina familiei și de diferitele moduri de a concepe boala. Fiecare capitol se termină cu niște note care exemplifică cele discutate și subliniază importanța practică a noțiunilor relatate.

Desigur că, în condițiile în care medicul de familie este cel care are grijă de pacient de la naștere până la moarte, sunt foarte importante relațiile care se stabilesc între medic și pacient. De asemenea, este important de știut care sunt așteptările pacientului și care este rolul medicului, pentru că, multe din rezultatele obținute depind tocmai de aceste relații.

Scanned with OKEN Scanner

Dar, având în îngrijire pacientul de la naștere până la moarte, medicul de familie este martorul modului în care se dezvoltă individul. El îl cunoaște de la naștere. El îl vede cum crește, cum își întemeiază o familie, cum își crește copiii, cum îmbătrânește și cum moare. De aceea, profesorul Jan C. van Es acordă un capitol separat istoriei familiei, individului și istoriei naturale a bolilor.

Ceilalți specialiști nu pot cunoaște atât de bine biografia bolnavului, cu toate problemele sale, cu toate bucuriile și necazurile lui, așa cum o poate cunoaște medicul de familie. Pe ei nici nu îi interesează de cele mai multe ori persoana pacientului. Pe ei îi interesează inima, stomacul sau ficatul pacientului. Dar pacientul nu suferă numai de inimă, de stomac sau de ficat. El este, după cum subliniază profesorul Jan C. van Es, un sistem unitar, în care aspectele fiziologice se întrepătrund cu aspectele biochimice, psihice și sociologice. Medicul de familie este medicul acestei persoane, în toată integritatea ei, cu toate suferințele ei, care sunt de multe ori niște suferințe psihosomatice.

Dar, medicul persoanei este, prin definiție, și medicul familiei. Pentru că individul apare și trăiește într-o familie. De aceea, familiei i se acordă un capitol special în care se vorbește despre tipurile de familie, ciclul familiei, funcțiile familiei, funcțiile socio-biologice, socio-economice și socio-culturale ale familiei și despre modelele disfuncționale ale familiei.

În partea a doua a cărții, autorul descrie câteva din problemele cu care vine în contact medicul de familie și anume tulburările funcționale, vorbește despre durerile dorsale, cefalee, febră, bolile cronice, îngrijirile terminale și decesul. Din modul în care autorul descrie și rezolvă aceste probleme, cititorul poate înțelege maniera în care medicul de familie trebuie să rezolve și celelalte probleme cu care este confruntat.

Cartea profesorului Jan C. van Es a fost scrisă în 1974. Dar ea este și va fi întotdeauna la fel de actuală. Pentru că, pe lângă lucrurile care se schimbă și se perfecționează mereu, există și anumite lucruri perene, care au valoare permanentă. Volumul se ocupă tocmai de aceste lucruri care au o valoare permanentă, așa cum sunt rolul medicului de familie, relațiile sale cu pacientul, viziunea unitară a pacientului, în relațiile cu mediul familial și social în care trăiește. Cartea este scrisă nu numai cu pricepere, ci și cu multă sensibilitate și căldură sufletească, absolut necesare medicului de familie, care îngrijește nu organe, ci persoane, care au nu numai inimă, rinichi și ficat, ci și suflet.

Iată de ce recomand și eu cu multă căldură cartea profesorului Jan C. van Es. Și sunt convins că ea va contribui la dezvoltarea medicinii de familie de la noi din țară, așa cum a contribuit la dezvoltarea medicinii de familie din Olanda.

Dr. Adrian Restian*

* Cercetător științific principal
Membru Titular al Academiei de Științe Medicale
Membru al Academiei Europene a Profesorilor de Medicina Familiei
Membru al Societății Americane a Profesorilor de Medicina Familiei
Președinte de onoare al Societății de Medicină Generală

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

La Universitatea din Utrecht, în 1967, a luat ființă prima catedră de medicina familiei. Olanda a avansat mult prin aceasta: era vorba de a doua catedră de specialitate din lume. Înființarea acestei catedre a reprezentat o recunoaștere a medicinii familiei ca disciplină științifică. O asemenea recunoaștere a condus la introducerea unei forme de educație postuniversitară pentru formarea de medici de familie, care a avut loc în Utrecht. Bazele care au fost așezate atunci sunt vizibile și azi în structura învățământului de specialitate.

Educația profesională pentru medicina familiei trebuia dezvoltată începând cu bazele acesteia. Nu exista la vremea aceea nici o încadrare convenabilă, nici un corp comun de cunoștințe și nici un curriculum pentru medicina familiei nu fusese elaborat. Ambele trebuiau alcătuite având ca singură experiență ideea de a forma medicul de familie ca rezultat final. De o mare importanță a fost constituirea unui tablou consistent al identității medicului de familie. Datele au fost oferite de Asociația Olandeză a Medicilor de familie care a elaborat fundamentele medicinii familiei, caracterizată de faptul că medicul de familie este consultat, în mod repetat sau continuu, de pacienții săi, că medicul de familie se concentrează pe îngrijirea pacientului ca fiind o entitate bio-psiho-socială și că el are datoria de a învăța să-l cunoască pe pacient în propriul său mediu de viață. Pe de altă parte el poate ocupa un loc central în prima linie a sănătății publice, ceea ce înseamnă că medicul de familie este acela la care pacientul se adresează în primă instanță, fapt pentru care el se află în situația de a rezolva marea majoritate a problemelor medicale.

Era o datorie fundamentală aceea de a pune în ordine cunoașterea și experiența acumulate în medicina familiei. O parte urma să fie împrumutată de la alte ramuri – în principal de la acele câmpuri ale medicinii în care se găseau elemente ce se puteau adapta scopurilor medicinii familiei, o altă parte trebuia dezvoltată în interiorul medicinii familiei. Astfel materialul didactic pentru studenți și absolvenți s-a înmulțit considerabil. Acesta a fost mai întâi tezaurizat și valorificat în comunicări, iar apoi în scris. Cu timpul, acestea s-au cristalizat astfel încât, pe baza lor s-a ajuns la scrierea unui manual. El a fost tipărit până acum în trei ediții.

Manualul este alcătuit din două părți: prima este o parte generală, cea de-a doua constă din capitole selectate. Prima parte se referă, în cea mai mare parte, la aspectele structurale și relaționale ale medicinii familiei. A doua parte oferă o serie de exemple ale modului în care anumite probleme se configurează în practica medicului de familie. Este deci de la sine înțeles că, în

Scanned with OKEN Scanner

acest context, nu s-a scris despre „întreaga" medicină a familiei. Tocmai de aceea, este important să se apeleze și la alte surse de informare. La aceasta, o contribuție importantă poate fi adusă de „standardele" care au fost elaborate de Asociația Medicilor de Medicina Familiei din Olanda.

Colegii români și-au exprimat în repetate rânduri dorința de a traduce cartea în limba română. S-a discutat ca o serie de subcapitole sau fragmente să fie reactualizate.

Eu însumi consider că esența acestei cărți constă în a reconsidera ce este de fapt medicina familiei. Cred că, prin studierea manualului, medicii de familie, ca și cei în devenire, vor dobândi nu numai știință și cunoaștere, dar se vor simți susținuți și vor putea deveni mai conștienți de identitatea lor profesională.

Devenirea mai conștientă este o condiție a dezvoltării pe mai departe a medicinii familiei. Sper din suflet ca această carte să reprezinte o contribuție la dezvoltarea medicinii familiei din România.

Olanda, Amersfoort, iulie 1994.

Scanned with OKEN Scanner

Tabla de materii

I PARTEA GENERALĂ

1 Introducere generală *3*
Un manual de medicina familiei *5*
Istoriile a trei pacienți *6*
Consecințe asupra conceperii manualului *10*
Încheiere *12*

2 Determinarea locului medicului de familie și a rolului acestuia *13*
Introducere 15
Locul medicului de familie în sfera sănătății publice *16*
Datorii ale medicului de familie *21*
Conținutul medicinii de familie *26*
Condiții ale efectuării muncii *28*
Încheiere *29*

Note la capitolul 2
1 Diversitatea sarcinilor medicului de familie în diferite țări *31*
2 Tipul ideal *33*
3 Procesul de profesionalizare a medicului de familie *33*
4 Dezvoltarea istorică *34*
5 Medicina de primă linie *37*
6 Daune provocate (iatrogene) *39*
7 Eficacitatea serviciilor medicale *40*

3 Aisbergul *43*
Introducere *45*
Autoîngrijirea *47*
De la faza premedicală la cea medicală *48*
Factorii de amânare *52*
Statistici demografice despre solicitarea ajutorului medical *53*
Modelul de comportament ca explicație a solicitării ajutorului medical *57*
Activitățile de diagnosticare timpurie ale medicului de familie *61*
Persoane cu probleme de comportament *63*
Sarcinile care revin medicului de familie *64*
Oameni pentru care trebuie luate măsuri preventive *65*

Scanned with OKEN Scanner

Influența medicului asupra modelului morbidității *65*
Încheiere *66*

Note la capitolul 3
1 Noțiunea de „pacient" *67*
2 Comportamentul față de boală, comportamentul față de sănătate, comportamentul bolnavului *67*
3 Perspectivă asupra prevenirii bolilor *68*
4 Medicalizarea *69*
5 Clasa de mijloc *70*
6 Faza premedicală privită din unghiul de vedere al științelor sociale (drs. F. W. M. M. Touw-Otten) *70*
7 Ce este sănătatea? *79*
8 Amenințări ale sănătății *82*

***4 Boli și suferințe cu care este confruntat medicul de familie** 93*
Introducere *95*
Clasificarea bolilor *97*
Problema diagnosticului *98*
Probleme ale codificării *99*
Surse pentru modelul de morbiditate *100*
Modelul de morbiditate *101*
Unele date generale asupra frecvenței consultațiilor în raport cu vârsta și sexul *101*
Psihosomatica în practica medicului de familie *103*
Diagnosticul în practica medicului de familie *105*
Afecțiuni cronice *110*
Gravitatea bolilor și afecțiunilor *112*
Pacienți cu probleme de comportament *113*
Munca preventivă *114*
Mortalitatea *114*

***5 A deveni și a fi bolnav** 117*
Introducere *119*
Diferite modele de concepere a bolii *119*
Stresul *121*
Un model de concepere a bolii utilizabil în medicina familiei *129*
Formarea teoriei medicinii familiei *133*
Un caz ca exemplu *134*

Note la capitolul 5
1 Adnotări istorice *137*
2 Noțiunea sociologică de boală *141*
3 Noțiunea de rol *143*
4 Măsurarea stresului *147*
5 Situația de muncă (WAO) *148*

Scanned with OKEN Scanner

6 Predispoziția la accidentare *150*
7 Măsurarea evenimentelor stresante *150*

6 Relația dintre pacient și medicul de familie *155*
Introducere *157*
Așteptările pacientului *158*
Semnificația relației medic-pacient pentru calitatea ajutorului *159*
Relația medic – pacient – comportament de rol *161*
Nepotrivirea în relația dintre medic și pacient *163*
Influența mediului și a medicului de familie asupra pacientului *166*
Influența naturii și gravității bolii asupra relației dintre medicul de familie și pacient *168*
Relația personală dintre pacient și medicul de familie *171*

Note la capitolul 6
1 Jurământul lui Hippocrates *174*
2 Relația funcțională dintre medicul de familie și pacient *176*
3 Cultura *178*
4 Internalizarea *178*

7 Medicul de familie și medicina preventivă *181*
Introducere *183*
Prevenția primară *183*
Prevenția secundară *185*
Condiții ce trebuie îndeplinite de cercetare pentru diagnosticul precoce *186*
Aspecte etice *188*
Trebuie medicul de familie să efectueze cercetări pentru diagnostic precoce? *188*
Metode ale diagnosticului precoce în practica medicului de familie *189*

Note la capitolul 7
1 Medicul de familie, medicul cabinetelor școlare *195*
2 Inegalități sociale în fața morții *196*

8 Medicul de familie și medicina curativă *199*
Introducere *201*
Ce fel de medic de familie vrea cineva să fie? *201*
Efectuarea diagnosticului *203*
Factori structurali *204*
Procesul de acordare a ajutorului de către medicul de familie *206*
Deliberarea asupra diagnosticului și limitarea acordării ajutorului pe mai departe *216*
Acordarea ajutorului de către medicul de familie *219*
Cooperarea în prima linie *222*
Cooperarea cu specialistul din a doua linie *223*
Urmărirea rezultatelor ajutorului acordat *227*
Urmărirea bolnavilor cronici *227*
Integrarea ajutorului preventiv și curativ *228*

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 8
1 Sănătos și nesănătos *229*
2 A lucra metodic *229*
3 Înregistrarea informațiilor *230*
4 Aspectul clinic *231*
5 Fixarea somatică *232*
6 Distribuția procentuală a trimiterilor *234*

9 Medicina medicului de familie ca medicină a cursului vieții *237*
Introducere *239*
Istoria naturală a bolilor *240*
Consecințe terapeutice *243*
Consecințe ale medicinii preventive *243*
A avea boli deja făcute *243*
Reacții excepționale la agenții de boală *244*
A fi neapărat contra anumitor boli *245*
Reacția la tratamentul medicamentos *245*
Abordarea evenimentelor importante *246*
Maniera de a formula suferința *247*
Schimbări ale cursului vieții *247*
Descriere generală *248*
Încheiere *249*

10 Medicina integrală și psihosomatică *251*
Introducere *253*
Aspectele integrale ale condiției de a fi bolnav *253*
Reacții psihice la afecțiuni somatice *255*
Procesul de fixare somatică *257*
Abordarea psihosomatică *261*
Încheiere *262*

Note la capitolul 10
1 Teoria sistemelor *263*
2 Bazele istorice ale medicinii integrale *263*

11 Medicina de familie *269*
Introducere *271*
Ce este o familie? *271*
Tipuri de familii *273*
Ciclul familiei *275*
Funcții ale familiei *277*
Funcțiile social-biologice *278*
Funcțiile social-economice *288*
Funcțiile social-culturale și social-psihologice *288*
Unele procese dinamice din familie *290*
Modele disfuncționale *291*

Scanned with OKEN Scanner

Fixarea somatică *293*
Medicul de familie și echilibrul familiei *293*
Încheiere *295*

Note la capitolul 11
1 Scurte remarci istorice *296*
2 Compunerea familiilor *296*
3 Locuința *297*

II CAPITA SELECTA

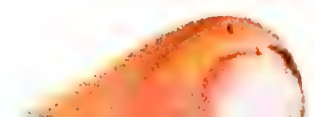
12 Pacienți cu tulburări funcționale *303*
Introducere *305*
Noțiunea de tulburare funcțională *306*
Sindroame funcționale cardiovasculare *314*
Sindroame gastro-intestinale funcționale *317*
Durerea în abdomenul inferior *320*
Sindromul de hiperventilație *322*
Diferențierea cu privire la unele tablouri de boală psihiatrice *323*
Urmărire și tratament *324*
Încheiere *329*

Note la capitolul 12
1 Teorii explicative *330*
2 A fi suprasolicitat de muncă *331*

13 Pacienți cu dureri dorsale inferioare *333*
Introducere *335*
Etiologia pluricauzală a durerilor dorsale inferioare *336*
Boli somatice *338*
Urmărire *344*
Tratament *347*

Note la capitolul 13
1 Tipuri de dureri dorsale *351*

14 Pacienți cu dureri de cap *353*
Introducere *355*
Migrena *359*
Durerea de cap postcomoțională *360*
Durerea de cap cauzată de anormalități de domeniul ORL *362*
Durerea de cap cauzată de afecțiuni dentare *363*
Durerea de cap cauzată de afecțiuni oftalmologice *364*
Durerea de cap extracraniană cauzată de afecțiuni neurologice *364*
Durerea de cap la stări periculoase pentru viață *365*
Anamneza *366*



Scanned with OKEN Scanner

Investigarea corporală *368*
Tratamentul *369*

Note la capitolul 14
1 Structuri sensibile la durere *372*
2 Durerea de cap grupată (cluster) *372*

***15 Prima abordare a pacientului bolnav acut cu temperatură** 375*
Introducere *377*
Frecvența bolnavilor febrili din practica medicului de familie *377*
Sindromul premergător nespecific *378*
Temperatura ridicată a corpului *379*
Stările gripale *380*
Semnele de apariție a infecțiilor virale *382*
Alte câteva boli care pot începe cu un sindrom nespecific premergător *387*
Urmărirea *397*

Note la capitolul 15
1 Gripă sau influenza *404*

***16 Pacienți cu boli cronice** 407*
Introducere *409*
A fi bolnav cronic în prima fază *412*
A fi bolnav cronic în a doua fază *414*
Urmări ale faptului de a fi bolnav cronic *415*
Acordarea asistenței *419*
Natura bolii cronice *420*
Urmările secundare ale condiției de a fi bolnav cronic *428*
A fi bolnav cronic *428*
Controlul pacienților care nu sunt obstrucționați în activitățile lor *429*
Controlul pacienților care au cu certitudine limitări în activitățile lor *433*
Urmărirea pacienților care nu se pot deplasa *435*
Colaborarea cu alți specialiști *437*

Note la capitolul 16
1 Lista de control a condițiilor cronice *439*

***17 Decesul și doliul** 441*
Introducere *443*
Acordarea de asistență în domeniul somatic *445*
Asistarea psihică a muribundului *450*
Decesul în sensul ororii lui *460*
Eutanasia *461*
Doliul *464*
Medicul de familie și moartea pacientului său *467*

***Index pe materii** 473*

***Index pe nume** 492*

Scanned with OKEN Scanner

I Partea generală

Scanned with OKEN Scanner

1 Introducere generală

În acest capitol se va motiva de ce concepția acestui manual este diferită față de cea a manualelor de specialitate. Aceasta este în interdependență cu următoarele probleme specifice:

O specializare se autolimitează la un domeniu și se dezvoltă într-adevăr în adâncime;

Munca medicului de familie este, pe de altă parte, definită de locul pe care acesta și-l ia în sfera sănătății publice;

Locul din prima linie a sănătății publice și continuitatea tratării și urmăririi pacientului își pun amprenta pe munca sa.

Conținutul muncii sale emană din:

a faptul că medicul de familie își tratează pacientul pe o durată lungă de timp, fie în repetate rânduri, fie permanent;

b circumstanța conform căreia el are ocazia de a asocia împreună factorii fizici (cu factorii), spirituali și sociali;

c posibilitatea pe care medicul de familie o are de a fi medicul întregii familii.

Aceste trei circumstanțe oferă medicului de familie posibilități specifice, din punctul de vedere al diagnosticului și al tratamentului, de a promova „integritatea" pacientului. De asemenea, fundamentul științific al medicinii familiei trebuie pus mai ales pe aceste circumstanțe. Atât una cât și cealaltă sunt ilustrate în acest capitol cu istoriile a trei pacienți.

Scanned with OKEN Scanner

UN MANUAL DE MEDICINA FAMILIEI

În domeniul medicinii sunt deja foarte multe manuale scrise și încă multe altele vor urma. Sunt manuale care se referă la domenii mai largi, ca de pildă medicina internă generală sau chirurgia generală. Altele se referă la domenii stricte, cum ar fi chirurgia mâinii, sau tratamentul cu betablocante.

Într-un manual se tratează cunoștințele dintr-o specialitate. Conținutul este determinat de autor, care îl concentrează pe un grup de scopuri urmărite. Există o mare diferență între a scrie o carte pentru studenții din primii ani și una pentru viitorii specialiști. Poate există chiar un salt mare, mai ales dacă diferența privește un manual general. Manualul de medicină internă al lui Harrison, de exemplu, oferă foarte mult viitorilor interniști, dar toți studenții la medicină pot face uz de el cu mult folos.

Într-un manual sunt oglindite caracteristicile specifice și stabilirea obiectivelor relevante acelei specialități. Pentru specialitățile clinice aceasta înseamnă mai ales o descriere a tablourilor bolilor care urmează să fie tratate în limitele acelei specialități și o explicare în adâncime a cauzelor respectivelor boli, explicare pe care să se poată baza terapia. O asemenea concepție ar putea fi de asemenea de așteptat de la un manual de medicina familiei, aceasta fiind doar o specialitate clinică prin excelență !

Și totuși, apare ca imposibil de descris în această manieră medicina familiei. Aceasta datorită mai multor cauze. O specialitate se dezvoltă prin continua adâncire a aspectelor particulare. Asupra acestora se pot ridica noi perspective și se pot dezvolta noi metode de investigare și tratament. Pe măsură ce acest proces avansează, el poate să lărgească cunoașterea și perspectiva din interiorul specialității atât de puternic încât desprinderea de subspecialități devine inevitabilă. Acest proces de fragmentare își găsește reflecția și în deturnarea atenției de la totalitate către parte, de la țesut la celulă, de la celulă la structurile biochimice. În acest proces de creștere a cunoașterii *în profunzime*, specializarea își găsește deci și o justificare a ei.

Pentru medicina familiei, acest proces trebuie considerat însă altfel. Priceperea medicului de familie nu este limitată într-un domeniu al medicinii, ca de pildă, autolimitarea la un anumit sistem de organ(e) (cum este cardiologia), la o categorie de vârstă (de exemplu, neonatologia) sau la aplicarea anumitor tehnici (chirurg, radiolog).

Conținutul medicinii familiei este definit în primul rând de locul pe care medicul și-l asumă în sfera sănătății publice. Caracteristica cea mai remarcabilă a medicului de familie este aceea că el este în mod direct accesibil pacienților săi. El lucrează în prima linie a sănătății publice. Aceasta înseamnă că medicul de familie trebuie să poată, de o manieră expertă, să se implice în

Scanned with OKEN Scanner

problemele pe care este chemat să le rezolve. Aceasta presupune, înstre altele, faptul că medicul de familie poate cunoaște substraturile unei probleme prin convorbire, anamneză și investigare. Ca urmare, el trebuie să determine care este problema, ce ajutor este cerut și cine trebuie să-l ofere: el însuși (în majoritatea cazurilor), un alt expert, din prima sau a doua linie, sau o asistență ne-profesională (cum este autoajutorul).

Medicul de familie trebuie de asemenea să ofere asistență continuă bolnavilor cronici. El are de-a face în această privință cu toate aspectele care formează ceea ce se numește *condiția totală de a fi* a pacientului: condiția cuiva de a avea o istorie, de a fi o unitate, și de a fi într-un mediu. În medicina cursului vieții, în medicina integrală și în cea de familie, aceste aspecte devin explicite. Medicul de familie trebuie deci să aducă datele divergente (contradictorii chiar) existente asupra pacientului și a evenimentelor din viața lui în legătură unele cu altele și să le implice în acordarea ajutorului. Așa se face că medicul de familie este implicat în extensie, contrar specialistului care lucrează în profunzime. Lucrul în extensie este consecința muncii în prima linie a sănătății publice. „A fi medic de familie nu presupune nici o specializare, este numai o modalitate de a funcționa."[1] Această remarcă despre medicina familiei este adevărată, dar numai ca exercitare a profesiei.

Medicina familiei este însă și o disciplină științifică. Ea are ca obiect de cercetare medicina cursului vieții, cea integrală și cea de familie. Prin explorarea sistematică a acestor câmpuri, prin direcționarea observațiilor și prin efectuarea de cercetare științifică, medicul de familie poate să edifice această disciplină ca atare. Prin utilizarea achizițiilor/cunoștințelor existente, medicii de familie își vor putea efectua munca într-o manieră mai conștientă și mai sistematică. Dar pe deasupra, medicina medicului de familie va (ar) putea să dezvolte o asemenea înțelepciune a gândirii și o asemenea manieră de abordare încât ea să cuprindă și o contribuție la medicină în totalitatea ei. În acest manual se intenționează ca unele concepte să fie descrise și altele dezvoltate, concepte pe care medicina familiei le poate fundamenta teoretic. Un loc central în rândul acestora este rezervat procedurilor de decizie pe care medicul de familie le urmează în cursul acordării de asistență pacientului.

ISTORIILE A TREI PACIENȚI

Ca ilustrare a celor arătate mai sus, prezentăm „istoriile a trei pacienți" din care reies variate aspecte ale medicinei medicului de familie.

Doamna AB de 58 de ani, este căsătorită, are doi copii, care sunt căsătoriți. Ani în șir, ea a avut la ea pe mama ei, după ce aceasta a rămas văduvă. Cu aproape doi ani în urmă mama a murit. Pacienta a avut cu mama

Scanned with OKEN Scanner

ei o foarte puternică legătură, îndeplinind în toți acești ani rolul de fiică supusă. Ea s-a îngrijit cu promptitudine de starea de sănătate a mamei sale, care, obiectiv fiind privită, putea fi numită ca rezonabilă. În ultimul an, pacienta a avut necazuri cu durerile musculare din zona umerilor. Consultul medical nu a relevat nimic neobișnuit: pentru cineva de vârsta ei, nu este neobișnuit să aibă o artroză cervicală și dureri musculare locale. Analizele de laborator au evidențiat numai un nivel ceva mai scăzut al hemoglobinei (Hb = 7,6; hematocrit 35%) și un VSH ridicat (50 mm).

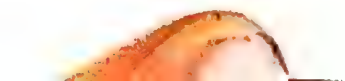
La o privire generală asupra trecutului s-au relevat unele particularități. Mai întâi, în cursul anilor, ea a avut în repetate rânduri o ușoară scădere a nivelului hemoglobinei. Aceasta se poate corecta numaidecât printr-o medicație cu fier. În al doilea rând, a reieșit că avea perioade de diaree. Uneori, acestea aveau consistența apei sau uneori cu sânge. În asemenea perioade, a fost consultată de către un internist; nu au fost găsite nici un fel de anormalități, cu excepția unui ușor proctitis. Mai departe, medicul de familie a luat cunoștință de faptul că la capul femural drept a apărut o ușoară deplastifiere. Cu aproape cincisprezece ani în urmă, ea a avut o perioadă de dureri mari de stomac. Acestea au fost cauzate probabil de consumul de aspirină. De asemenea, după decesul tatălui ei, a avut foarte mult de îndurat de pe urma durerilor de cap. Remarcabil este că atacurile diareice au început cu aproape un an mai târziu. Din punctul de vedere al *medicinei cursului vieții*, din această istorie sunt de evidențiat următoarele aspecte:

a Diareea nu numai că a început după venirea în casă a mamei sale, dar chiar s-a oprit după moartea acesteia. „Deși sufăr zilnic de faptul că ea nu mai este, aceasta înseamnă totuși că una din grijile mele s-a dus." Deci relația cu mama ei și încordarea care reieșea din ea au generat un astfel de stres încât ea a reacționat prin simptome corporale. Nu este sigur dacă ea va reacționa din nou cu diaree la alte circumstanțe stresante.

b Înclinarea ei de a face anemie din lipsă de fier ar putea fi pusă în legătură, uneori, cu diareea hemoragică. Dacă o anemie a apărut și înaintea morții tatălui ei, nu este sigur. În orice caz, a trebuit să fie investigată din acest punct de vedere.

c Decalcifierea capului femural drept din tinerețe aduce cu sine un risc ridicat la dezvoltarea unei coxartroze. Întrebată fiind, a răspuns că are ceva dureri de șold/coapsă dacă rămâne așezată îndelung.

d VSH-ul ei ridicat necesită în orice caz atenție. Dacă cineva îl dezvoltă în cursul a treisprezece ani, atunci reiese că în ultimii douăzeci de ani, VSH-ul s-a ridicat gradual (cu douăzeci de ani în urmă era de 28 mm, după care a crescut). Această informație este importantă pentru interpretarea creșterii de acum a VSH-ului și se bazează foarte probabil pe un proces care este el însuși gradual sau pe schimbări în compoziția sângelui ca urmare a îmbătrânirii.



Scanned with OKEN Scanner

e Este important de știut că pacienta este înclinată spre automedicație. Dacă chiar acum suferă de o durere, atunci ea se așteaptă să reapară (deci ia ceva contra durerii). Aceasta poate fi de importanță pentru medicația dată de medicul de familie.

f S-a dovedit că doamna AB își făcea griji și în trecut asupra sănătății ei. Tocmai de aceea este de cea mai mare importanță să se acorde atenție tuturor informațiilor asupra stării ei de sănătate. Faptul că această atenție a fost, totuși, cam limitată, s-a concretizat în aceea că soțul ei s-a prezentat la medic. El i-a comunicat medicului că soția lui își face griji și este speriată că ar avea o boală malignă.

O femeie de 24 de ani vine la consultație plângându-se de oboseală și durere de cap. Acestea se asociază cu o senzație de jenă ușoară la cap. Durerea de cap se înrăutățește în cursul zilei, și aceasta o dată cu oboseala. Nu-și mai poate face cu promptitudine munca de telefonistă. Consultul fizic evidențiază faptul că mușchii gâtului sunt supraîncordați, dar altceva nimic. Analizele de laborator nu au relevat nimic deosebit. S-a stabilit diagnosticul de durere miogenă-tensională de cap. În cadrul unei *abordări integrale*, s-au putut recunoaște în acest context următoarele aspecte:

a Pacienta se află într-o situație tensionată emoțional. Ea se va căsători în curând. Își iubește viitorul soț și dorește să se căsătorească cu el. Cu toate acestea, are unele regrete că își părăsește vechea casă. Este unicul copil la părinți și a fost foarte legată de ei. Această trecere a granițelor dintre două lumi constituie pentru ea un stres care, după un timp, s-a dovedit a fi cam prea mare.

b Este nepregătită pentru suprasolicitare fizică. Soțul ei construiește viitoarea lor casă, cu ajutorul familiei și al prietenilor. Ea contribuie la vopsire, tapetare și curățenie. Aceasta se petrece după-amiezile și în zilele libere de la sfârșitul săptămânii. S-a instalat o mare oboseală fizică. O parte a terapiei ce i-a fost prescrisă a fost să doarmă bine câteva zile pentru recuperare.

c La locul ei de muncă au avut loc schimbări. Biroul la care este angajată s-a mutat într-o clădire nouă. În vechea clădire, locul ei de muncă era astfel plasat încât stătea în drumul altor lucrători. Aceasta a avut ca urmare faptul că a avut multe contacte sociale. Acum este izolată într-o încăpere în care nu mai este aproape nimeni altcineva. Asta înseamnă mult pentru ea.

d Pe deasupra, amenajarea încăperii nu este prea bună, astfel că susținerea și condițiile de muncă nu sunt optime.

e În toată această situație, ea fumează, cumva împotriva obiceiului ei, mai mult de douăzeci de țigări pe zi.

f Supusă examenului radiologic la nivelul coloanei vertebrale se evidențiază o modificare cu caracter osteofitic a intercervicalei C 5–C 6. Supărările pacientei se pot explica deci printr-o combinare de stres psihic, suprasolicitare fizică, condiții necorespunzătoare de muncă, obiceiuri greșite și prea puțină mișcare fizică.

Scanned with OKEN Scanner

Doamna CD, născută în 1941, vine la medic să se plângă de durere la nivelul cotului drept. Ea nu poate să ridice aproape nimic, ceea ce o împiedică la gătit și la alte treburi gospodărești. Aceste suferințe durează deja de câtva timp. Înainte, ea a avut dureri de lungă durată de abdomen, care se înscriu în cadrul sindromului de bazin dureros. Aceste dureri au fost cauzate de o tensiune, o încordare musculară în regiunea bazinului (vezi capitolul 12). Pe fundal, exista și o apărare interioară de soțul ei din punct de vedere sexual.

Investigarea cotului nu a dus la găsirea unor modificări. Acesta a apărut asemănător mai ales cu „brațul-de-tenismen". Un tratament direcționat în acest sens a avut puțin succes.

Între timp, a venit la consult domnul C acuzând dureri de stomac. El era comis-voiajor și s-a dovedit a avea un ulcer duodenal. Era deja de ani de zile cunoscut faptul că fuma și bea mult. Aproximativ o dată la paisprezece zile se îmbăta; aceasta se întâmpla mai ales dacă era nervos. Curios este că aceste beții periodice nu creau prea multe probleme în familie. Dar pentru înclinația lui către perfecțiune, da. El este cu zece ani mai în vârstă decât soția lui. De la început, el a preluat „conducerea" familiei. De o manieră deosebit de binevoitoare, el și-a ajutat soția spunându-i cum trebuie să facă gospodărie, și așa mai departe. Atunci când, la nouăsprezece ani, s-a căsătorit, a crezut că va fi foarte ușor, dar acum trăiește căsătoria ca pe un atentat la libertate. Ea este de felul ei neglijentă; soțul ei nu suportă dezordinea. El face obiecții, dar și ajută la făcutul ordinii.

Din punctul de vedere al *medicului de familie*, se cuvine să se remarce următoarele.

a Ei sunt amândoi oameni plăcuți și binevoitori, care însă trăiesc încontinuu într-o stare de tensiune. El bea chiar dacă are tensiunea prea ridicată și sub influența acesteia a căpătat ulcer duodenal.

b Femeia a dovedit mai devreme a avea un sindrom de bazin dureros ca rezultat al unei tulburări de relație. Ea este dădăcită de soț. La început, aceasta i-a făcut plăcere; dar acum, devenită adultă, ea are sentimentul că nu poate fi ea însăși. Aceasta transpare în „lipsa de putere" a brațelor.

c Fiica cea mai mare acuză multă încordare prin dificultățile de conduită pe care le are. Ea are, prea de devreme, un prieten, fapt la care tatăl ei se opune, și acuză ceva probleme funcționale, și anume un colon spasmatic.

d Fiul are o gleznă luxată. *Se deplaseaza foarte greu.* Totuși, aproape două luni a avut de suferit și nu a putut să meargă. Întocmai ca și sora lui, el are de suferit de pe urma încordărilor și tensiunilor din casă. Este limpede că aceste necazuri, într-adevăr, se cer rezolvate separat, dar, în ultimă instanță, ele trebuie să fie tratate în interdependență.

Prin aceste trei exemple am intenționat să punem în evidență unele aspecte care apar în cursul vieții, ale medicinei integrale, și ale medicinei de familie. Este limpede că aceste aspecte au jucat un anumit rol în fiecare din cazuri. Fiecare caz s-a dovedit însă a pune în discuție, câte un aspect în mod special.

Scanned with OKEN Scanner

CONSECINȚE ASUPRA CONCEPERII MANUALULUI

Cele discutate până acum au, dincolo de orice, consecințe asupra conceperii acestei cărți. Un rezultat care vorbește de la sine este determinarea locului medicului de familie în cadrul sănătății publice. Din aceasta se pot deduce o serie de sarcini și funcții ale medicului de familie (capitolul 2). În continuare, trebuie tratate probleme cum ar fi: pentru ce suferințe și simptome ne îndreptăm (justificat) către medicul de familie și care dintre acestea „rămân localizate în prima linie" (capitolele 3 și 4). Pentru a putea înțelege mai bine simptomele este necesar să se utilizeze teoriile asupra bolilor, dintre care cele specifice asistenței medicale acordate de medicul de familie, în mod special (capitolul 5). Când pacientul se adresează pentru prima oară medicului, atunci se pun o serie întreagă de probleme. Acestea au o influență importantă asupra procesului de acordare a asistenței (capitolul 6). Acordarea asistenței poate avea un caracter preventiv sau unul curativ. Aceasta conduce la variabilitatea manierelor în care problemele sunt rezolvate (capitolele 7 și 8).

De aceea, este extrem de important ca cele trei aspecte specifice ale medicinii familiei să fie analizate sub lupă. Prin manipularea adecvată a acestora, medicul de familie poate să ofere îngrijire optimă, făcând uz de situația lui de muncă. Prin caracterul continuu al relației sale cu pacientul, el poate să facă uz de perspectivele specifice medicinii cursului vieții (capitolul 9); el poate să abordeze și să trateze pacientul ca pe o unitate/totalitate (capitolul 10) și el mai poate, pe deasupra, să privească pacientul ca fiind situat în cadrul familiei sale (capitolul 11).

Toate aceste informații trebuie, la un moment dat, să fie aplicate în practică de către medicul de familie. Condițiile lui de muncă pot să obstrucționeze sau să înlesnească această aplicare. Importanța pe care medicul de familie o dă muncii lui, modul și înțelepciunea cu care el își îndeplinește munca sunt determinante pentru calitatea ajutorului pe care el îl oferă. Cu acesta, prima parte a cărții se încheie.

În partea a doua, se vor discuta o serie de teme alese (capita selecta). În cadrul acesteia, se vor discuta anumite suferințe, un anumit simptom, sau o anumită situație. Aspectele selecționate – cum indică și numele – nu țintesc oferirea unui tablou complet al conținutului muncii medicului de familie. Această serie se deschide cu un capitol asupra tulburărilor funcționale. Motivul pentru care au fost selectate este acela că această categorie de suferințe și simptome pare a fi extrem de multiplă, dar și pentru că tocmai în privința acestor afecțiuni medicul de familie are o sarcină deosebită.

După aceea, urmează două capitole asupra pacienților cu dureri bazale de spate și cu dureri de cap. Aceste teme au fost selectate pentru că sunt frecvente, dar nu numai din această cauză. Aceste suferințe se oferă ca reprezentative pentru a vedea cât de important este să se diferențieze între ele afecțiunile funcționale de cele somatice, cele urgente de cele neurgente, cele grave de cele negrave. Apoi, vine în ordine simptomul temperatură. Acesta a

Scanned with OKEN Scanner

fost ales pentru că medicul de familie primește la consult mulți pacienți febrili. Acesta este adesea primul simptom care este identificat, care îngrijorează pacientul și care îl face să se simtă bolnav. Pentru asemenea afecțiuni, medicul de familie trebuie să desfășoare un proces potrivit de rezolvare a problemei, să deosebească afecțiunile grave de cele negrave, și așa mai departe.

Apoi urmează discutarea unei alte categorii de pacienți, pentru care medicul de familie are o multitudine de lucruri de făcut, și anume pacienții cu boli cronice. Fără a intra în detalii asupra bolilor specifice și asupra consecințelor pentru tratament și urmărire legate de aceste boli, vor fi însă abordate o întreagă serie de aspecte generale ale bolilor cronice.

Seria de teme alese se încheie cu un capitol despre asistarea la moartea pacientului. În mod cert, aici culminează ajutorul dat de către medicul de familie, asistența la moarte este într-adevăr o piatră de încercare.

Capitolele selectate, nu au pretenția de a fi complete. Din contră, ele abia dacă sunt concepute ca o ilustrare a problemelor cu care medicul de familie are de-a face. Și totuși, un număr de probleme sunt alese în funcție de importanța lor pentru medicina medicului de familie.

Oferirea unei imagini complete este imposibilă în limitele acestui manual. Dacă acesta ar fi complet, atunci ar trebui să fie discutată o serie teribil de lungă de subiecte[2], dar o asemenea discutare completă nu este de fapt necesară. O dată ce se știe care probleme aparțin medicinii familiei, atunci se poate ca, în același cadru, să se facă uz de literatura de specialitate. Aceasta poate fi consultată în privința datelor relevante pentru medicul de familie. În general, se acordă relativ multă atenție bolilor și problemelor care, prin frecvența lor redusă, au o valoare mică de implicare a medicului de familie, în timp ce afecțiuni frecvente primesc puțină atenție. Cineva trebuie încontinuu să le selecționeze. Aceasta se poate realiza, numai dacă acel cineva are experiență ca medic de familie, și acest manual poate contribui la a contura perspectiva care să fie relevantă. Literatura de medicina familiei și cea de specialitate sunt într-un fel *complementare*, tot astfel cum medicul și specialistul îndeplinesc funcții complementare. Aceasta are ca urmare faptul că informația cuprinsă în manualul de medicina familiei este de un alt tip față de cea care apare în mod obișnuit în manualele de specialitate.

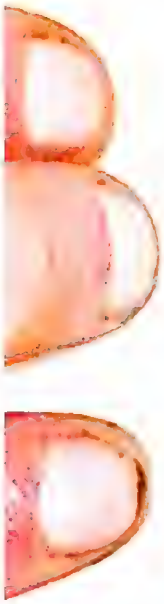
Multe probleme care sunt de ordinul medicinii familiei sunt de fapt lucruri „din apropierea a ceea ce este normal". O parte a acestora sunt recognoscibile de către un student și chiar puse în contextul propriei experiențe. Ca urmare, medicina familiei pare să se bazeze pe „bunul-simț". Pe de o parte, acesta este un lucru favorabil, pozitiv. El aduce medicina mai aproape și o face mai puțin ezoterică. Pe de altă parte, aici se ascunde un pericol, mai ales pentru student. Mai exact, o serie de studenți sunt înclinați sau dispuși să mânuiască această carte mai întâi ca pe o carte *de lecturat* și abia apoi ca pe o carte *de învățat*. În sine, aceasta are o latură pozitivă: medicina familiei este, după toate aparențele, seducătoare. Dar, pe de altă parte, numai adâncirea în materie poate conduce la *a studia*.

Scanned with OKEN Scanner

ÎNCHEIERE

Acest manual este în primul rând indicat în educația de bază. Scopul lui este să dea studenților, și nu numai acelor ce vor deveni medici de familie, înțelegerea unui număr de aspecte ale medicinii care nu se regăsesc în medicina specialistului.

Alături de aceste considerente, manualul îndeplinește un rol și în educarea profesională a asistenților medicilor, prin felul în care îi ajută să-și ordoneze experiența și prin aducerea lor în situația de a avea o perspectivă generală.



Bibliografie

1 Es, J. C. van. *Veștmântul modern al medicului de familie*, Dizertație, Assen, 1967.

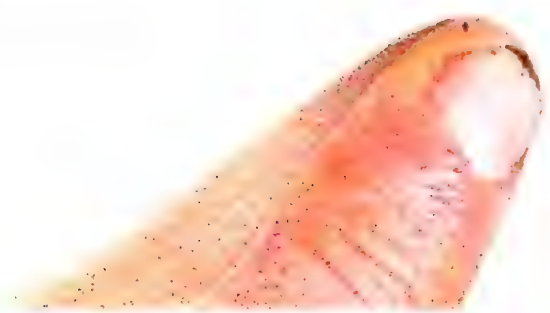
2 *Caractetistici ale medicului de familie*, Raport asupra scopurilor educaționale al Institutului Universitar pentru Medicina Medicului de Familie al Universității de Stat, Utrecht 1980.

Scanned with OKEN Scanner

2 Determinarea locului medicului de familie și a rolului acestuia

Locul pe care și-l asumă medicul de familie în cadrul sănătății publice este mai detaliat în acest capitol. El se află în fapt la încrucișarea a două sisteme ale sănătății publice. În marea majoritate a problemelor, el încearcă o soluționare a lor împreună cu pacientul. În unele cazuri, cooperarea lui cu o altă disciplină din prima linie are sens; în altele, medicul de familie solicită ajutorul unui specialist din a doua linie. Din ce în ce mai mult, medicul de familie lucrează însă în direcția rezolvării problemelor de către pacientul însuși, cu sau fără colaborarea cu neprofesioniștii din jurul său. Din poziția crucială pe care o are în acest cadru al sănătății publice, rezultă o serie de funcții ale lui. Acestea sunt atât de orientate către a ajuta cât mai mult pacientul, încât, implicit, ele ajută ca sistemul serviciilor medicale să funcționeze cât mai bine.

Medicul de familie îndeplinește atât sarcini curative cât și preventive. Puterea lui se găsește în aceea că el îndeplinește aceste sarcini ca (fiind) părți interdependente. Pe deasupra, medicul de familie are și o funcție de semnalare: el poate avertiza societatea în cazul că apar sau se pare că apar anormalități. Conținutul medicinii familiei este mai ales determinat de către medicina cursului vieții, de cea integrală și de cea de familie. Acestea oferă posibilitatea ca pacientul să fie văzut ca un om cu o istorie, ca o ereditate, și în interdependență cu mediul său. Ținta ultimă a medicinii familiei este deci de a promova *integrarea* acestor aspecte.



Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Descrierea medicinii familiei poate fi luată în considerare în mai multe feluri. În primul rând, medicina familiei este o profesie care este exercitată în interiorul comunității. Se poate da o descriere a acesteia bazată pe fapte. Aceasta aduce cu sine multe probleme pentru că funcționarea concretă depinde atât de medic cât și de situația în care el trebuie să lucreze. Un anumit medic de familie va acorda mai multă atenție tratării pacienților cu probleme psiho-sociale; un altul se va concentra mai mult pe suferințele și bolile somatice; un al treilea este mai mult stabilizat pe medicina preventivă. De asemenea, există diferențe între condițiile de lucru ale medicului de la țară față de cel din marile orașe. Încă și mai puternice sunt diferențele dacă sunt comparați între ei medicii din diferite țări (vezi nota 1). O descriere pragmatică întâmpină într-adevăr dificultăți. De aceea, s-a preferat o altă abordare în acest capitol. Vom fi astfel în căutarea unui număr de caracteristici ale tipurilor ideale (vezi nota 2). Suntem conștienți că această abordare va deforma realitatea. Această abordare oferă însă mai multe posibilități de a detecta esența și de a identifica structurile. Prima întrebare care se pune este dacă medicina familiei este chiar o profesie (vezi nota 3). După opinia lui Van Hove-Baeck[1], în legătură cu aceasta, sunt necesare următoarele exigențe: a) ea presupune un grad ridicat de achiziționare a capacității de expertiză, grad care se atinge prin intermediul unei școlarizări formale anume stabilită; b) exercitarea profesiei este orientată către acordarea de servicii și este în serviciul valorilor centrale ale societății; c) cel ce exercită această profesie trebuie să posede o autonomie destul de mare; d) există o cultură specifică a profesiei, care, funcție de circumstanțe (câteodată da, câteodată nu) este întreținută de către cadrul instituțional al profesiei. Dacă urmărim aceste patru scopuri/exigențe, atunci se poate stabili dacă medicina medicului de familie le satisface, și, în măsura în care le satisface, ea poate fi numită o profesie.

În al doilea rând, întrebarea însăși presupune o alta, și anume dacă, *în afara faptului de a fi o profesie, medicina familiei este, de asemenea, și o disciplină științifică*. McWhinney[2] distinge următoarele caracteristici ale unei discipline științifice: a) aceasta posedă un corp de cunoștințe propriu; b) există un teren propriu pe care se efectuează cercetarea științifică; c) există un câmp specific de acțiune (practică a medicinii medicului de familie); d) îi este dată o educație sistematică proprie. Medicina medicului de familie dovedește a avea într-adevăr unele din aceste caracteristici. Dacă însă medicina familiei vrea să se împlinească și ca disciplină științifică, atunci cercetarea științifică trebuie efectuată dintr-un unghi de vedere specific. O asemenea cercetare se prefigurează însă în ritm scăzut. Una din cauzele acestui fapt este că o astfel de cercetare trebuie să aducă cu sine dezvoltarea de metode noi de cercetare. Tocmai această situație legitimează expresia lui McWhinney conform căreia medicina familiei este încă o „disciplină imatură"[3]. Discuția

Scanned with OKEN Scanner

asupra acestui aspect se prefigurează gradual. *Medicul de familie și știința* dedică acestei probleme un număr special („Numărul-paradigmă", decembrie, 1978). Dezvoltarea medicinii familiei ca disciplină științifică este importantă pentru fundamentarea acesteia în practică. Dar semnificația acestei dezvoltări poate fi însă mai mare: numai ca disciplină medicina familiei poate să contribuie la adâncirea perspectivei medicinii de specialitate, tot astfel cum medicina specializată contribuie la conturarea medicinii familiei.

Totuși, în acest capitol ne vom limita la a descrie numai *un număr de aspecte ale medicinii familiei ca profesie*. Pentru aceasta, au fost alese următoarele patru unghiuri de abordare:

a locul medicului de familie în sfera sănătății publice;
b sarcini, datorii ale medicului de familie;
c conținutul medicinii familiei;
d condiții ale efectuării muncii.

LOCUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN SFERA SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Când, în 1856, „medicul" a fost legal, chiar juridic recunoscut (vezi nota 4), acest fapt a fost înțeles în sensul că el va fi un mijloc unic de acordare de ajutor profesional. Starea științei era atunci tocmai în stadiul în care cineva putea guverna medicina în totalitatea ei. Pacientul putea atunci să aibă de-a face cu un singur medic; bun sau rău, pe cât putea acesta să-și ajute pacientul.

Acum ne aflăm însă în cu totul altă situație. A apărut un sistem al sănătății publice complicat, în cadrul căruia medicul de familie are un loc specific. Locul pe care acesta îl ocupă determină ceea ce este principal în natura și conținutul muncii sale. Prima caracteristică ce se impune este aceea că medicul de familie este în mod direct accesibil pentru pacienții săi, în timp ce un specialist poate fi contactat numai prin intermediul unei trimiteri date de primul. Medicul de familie lucrează în prima linie a medicinii (vezi nota 5), în timp ce specialistul își face munca în a doua linie. Aceasta înseamnă că toate problemele medicale trec mai întâi pe la medicul de familie, lucru pentru care el are o responsabilitate deosebită, responsabilitate care are consecințe atât pentru pacient, cât și pentru sănătatea publică și comunitate.

Când un medic de familie este confruntat cu o problemă, el poate să țină cont de variate laturi ale acesteia:

a Este la îndemână ca el însuși să încerce să rezolve problema. În majoritatea cazurilor, această încercare chiar reușește (80%).

b Într-un număr de cazuri, el acționează în sensul solicitării, mai timpurii sau mai târzii (amânată), voite sau impuse de necesitate, a unui specialist.

c Iar în alte cazuri, pacientul nu are nevoie de ajutorul unui specialist, ci de cel al unui alt expert. O parte a acestora (experți) lucrează tot în prima linie; de exemplu, fizioterapeutul, asistentul medical de circumscripție sau asistentul social. O trimitere la cineva din prima linie este posibilă. De asemenea, medicul de familie poate sfătui pe cel ce caută ajutor să solicite ajutor profesional în alte părți, ca de pildă la preot sau la psiholog.

Scanned with OKEN Scanner

d În sfârșit, medicul de familie poate ca, împreună cu pacientul, să ajungă la concluzia că un ajutor profesional nu este indicat, ceea ce presupune fie autoîngrijirea, fie ajutorul neprofesional din preajma pacientului. În acest caz, pacientul este trimis la „linia nulă (zero)".

Medicul de familie se află, cum s-ar spune, pe punctul de intersecție a două sisteme ale sănătății publice. Dar, cu siguranță, el nu este un fel de agent de poliție care dirijează fluxul circulației. El este, în primul rând, însuși acela care dă ajutor, dar, în acordarea de ajutor, el trebuie să colaboreze cu alții.

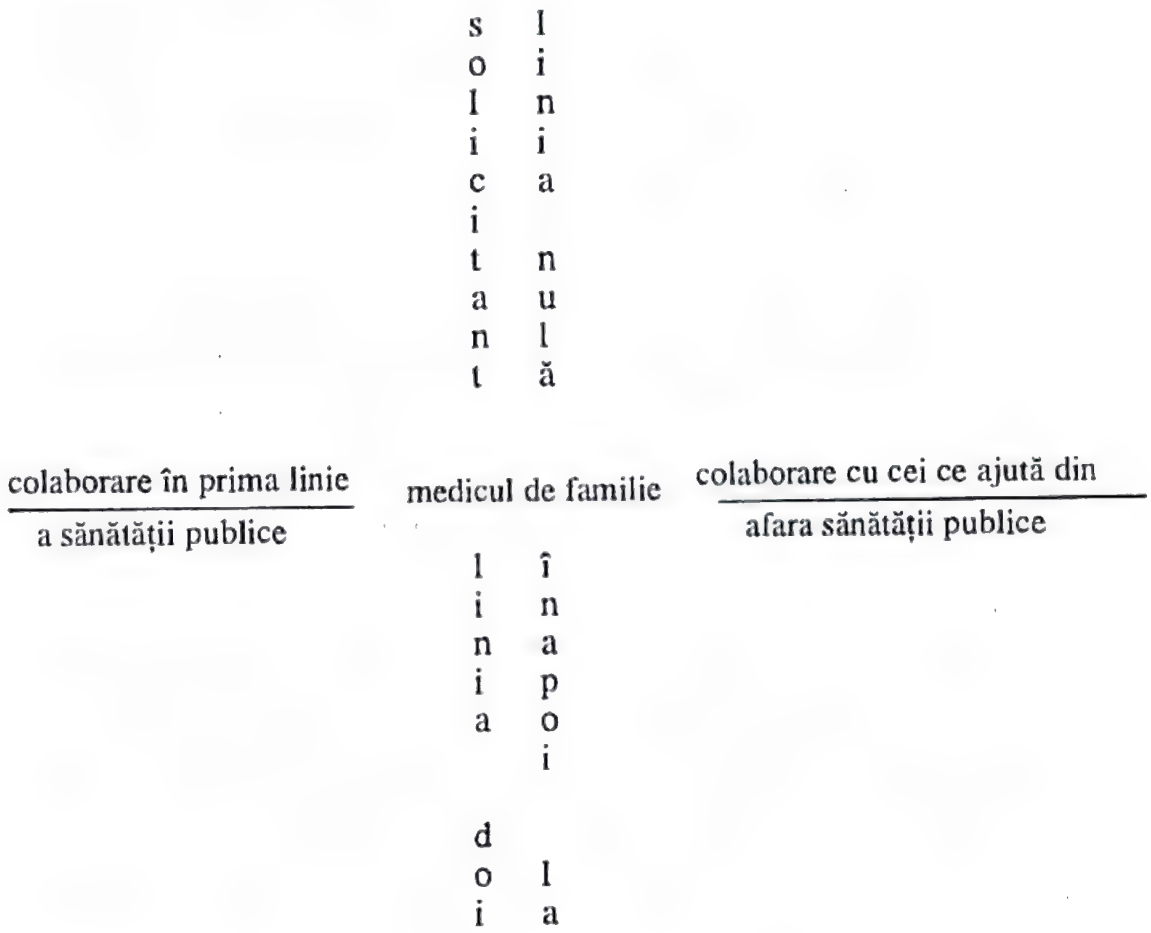


Figura 2–1
Medicul de familie la intersecția sistemelor de acordare a ajutorului.

Această poziție a medicului de familie are o serie de consecințe și, ca atare, el are un număr de funcții de îndeplinit despre care se va vorbi mai jos.

Funcția de sine stătătoare

Medicul de familie trebuie să analizeze în ce constă problema de rezolvat. El nu trebuie să se limiteze la a se întreba dacă există un proces de îmbolnăvire, și dacă da, care anume. El trebuie deopotrivă să-și pună întrebarea

Scanned with OKEN Scanner

cum vede pacientul însuși problema, și ce fel de ajutor este de așteptat și indicat. În mod special, medicul de familie are datorii în domeniul diagnosticului timpuriu. El este mereu acela care are poziția (în fluxurile din figură) de pe care să formuleze devreme un diagnostic. Această analiză conduce la un fel de *triaj*.

Funcția de ghid

Dacă un pacient are nevoie de ajutorul unui alt fel de expert, el trebuie sfătuit în alegerea acestuia. Atât în domeniul serviciilor medicale somatice, cât și pe terenul celor psihice și sociale, au apărut o mare varietate de experți, încât există, pe drept cuvânt, nevoie de ghidare pentru a găsi calea potrivită. Câteodată, alegerea stă la îndemână, ca de pildă pentru inflamații ale urechii sau anormalități apărute pe piele, dar, în multe cazuri, problematica este complexă și netras nsparentă pentru pacient.

Funcția de interpret

Dacă un pacient este pentru prima oară în contact cu medicina de specialitate, cu el se întâmplă adesea lucruri pe care nu le poate evalua corect. De asemenea, el primește informații pe care nu le poate înțelege sau care nu se regăsesc și în lumea în care trăiește. Dacă medicul de familie își cunoaște bine pacientul, atunci el are ocazia să explice pacientului ce și cum trebuie să înțeleagă o informație și-l poate ajuta să o integreze.

Funcția de a pleda

Nu rar se întâmplă ca medicul de familie să fie obligat să învețe să cunoască acele temeri, nevoi sau dorințe ale pacientului pe care acesta fie nu poate, fie nu îndrăznește să le prezinte specialistului. Aceasta se întâmplă adesea, între altele, cu pacienții internați în spital. Este deci posibil ca medicul de familie să îndeplinească un rol de intermediar între pacient și specialist. Dar nu este nevoie ca acest rol să intre în conflict cu capacitatea de a se descurca a pacientului. Din contră, medicul de familie își poate ajuta pacientul atât cât acesta să-și poată (re)câștiga propria emancipare.

Funcția de urmărire

Medicul de familie nu are funcții numai la inițierea procesului de acordare a ajutorului. El trebuie să urmărească de asemenea pacienții cu afecțiuni cronice sau cu tratamente îndelungate. Această acompaniere are un caracter specific de implicare. Conținutul ei este determinat de către atenția pentru persoana pacientului, de către interacțiunea dintre aspectele fizice (corporale), psihice (spirituale) și sociale, și de către schimburile care au loc între pacient și familia în care trăiește. Medicul de familie are datoria de a urmări procesele de boală și, pe cât posibil, să le influențeze în mod favorabil. El trebuie să acorde atenție felului în care este suportată condiția de a fi bolnav a

Scanned with OKEN Scanner

pacientului, interacțiunii lui cu mediul înconjurător și urmărilor sociale pe care le are situația de a fi bolnav.

Dacă medicul de familie îndeplinește în mod satisfăcător îndatoririle de mai sus, atunci aceasta are consecințe extrem de importante pentru pacient, pentru sistemul sănătății publice și pentru comunitate.

Pacientul trebuie să fie cel ajutat să nu își facă o imagine nedreaptă asupra lui însuși ca bolnav dacă nu este necesar[4]. Acest fapt are consecințe importante pentru pacient și societate, ca și din punct de vedere somatic. *Consecințe psihologice:* felul în care se simte poate fi pus de acord cu starea de sănătate reală. *Consecințe sociale:* rolul social al pacientului nu trebuie să aibă urmări nedrepte. *Consecințe somatice:* pacientul nu trebuie să fie expus riscului la tratamente dăunătoare generate de medicații sau investigații inutile (vezi nota 6). Asupra tuturor acestor aspecte se va reveni în capitolele următoare. În felul acesta, pacientul care are nevoie de ajutor din partea altor experți în materie poate fi din timp trimis acolo unde trebuie. Datorită sfatului, avizului și suportului oferit de medicul de familie, acesta poate nu numai să ajute în mod eficient, dar să și contribuie la diminuarea a ceea ce este neobișnuit și ciudat pentru pacient. Prin aceasta se poate umaniza sistemul serviciilor de sănătate care se birocratizează din ce în ce mai mult (vezi nota 7). Așa cum toate aspectele se canalizează împreună, tot astfel esența datoriei medicului de familie este de a promova *totalitatea* pacientului, atât prin vindecarea bolilor, cât și prin diferențialitatea acordării ajutorului.

Serviciile medicale (sănătatea publică) pot culege roade bogate de pe urma „supravegherii canalului medical" de către medicul de familie. Pentru un specialist, este cu siguranță foarte important să-i fie trimiși la consult și tratament pacienții care corespund specialității lui. Medicul de familie se poate îngriji de aceasta prin: a tratarea de către el a pacienților care pot fi astfel tratați; b prin a trimite pe ceilalți pacienți la specialistul potrivit.

Comunitatea este în avantaj dacă pacientul este tratat la locul potrivit, și numai în măsura în care are nevoie de intervenție medicală. Aceasta duce la utilizarea eficientă a forței de muncă și spitalelor, care, la rândul ei, este benefică pentru economie.

Posibilitățile pe care medicul de familie le are la dispoziție pentru a îndeplini funcția de supraveghere sunt totuși limitate. La aceasta contribuie diverse fenomene și evoluții care se află în afara puterii lui. Acestea sunt, între altele, următoarele:

a Oamenii moderni vestici acordă multă încredere capacității transformatoare (care are și o latură distructivă) a tehnicii moderne. Rezultatele cercetărilor tehnologice sunt foarte mult prețuite. Cineva se poate simți într-un fel amenințat de tehnologia din serviciul „de reanimare", deși se simte și în siguranță. Această pendulare generează impulsurile către solicitarea ajutoru-

Scanned with OKEN Scanner

lui și intervenției de specialitate (deși, la o serie de oameni, tocmai neîncrederea față de tehnologie crește repede).

b Emanciparea asumată de omul modern presupune a lăsa foarte mult în seama pacientului decizia ultimă. Tocmai de aceea, rolul medicului de familie în a aviza corect este atât de important, chiar dacă, în ultimă instanță, pacientul este cel care decide. Acesta este un fapt bun în sine, dar frica și factorul menționat la punctul *a* pot conduce la o supraestimare a intervenției medicale.

c Din cele arătate mai sus reiese că medicina de specialitate se impune ca având o imagine „eroică" și „farmec". Prin aceasta ea exercită o atracție. Totuși nu puțini pacienți uită să se pună la adăpostul medicului de familie în caz că specialistul nu oferă ceea ce este de așteptat. Chiar solicitarea ajutorului de oferit în mod alternativ (fie de medicul de familiei fie de specialist) este o urmare a acestui fapt.

d Modalitatea onorării solicitărilor, așa cum există ea în cadrul sistemului asigurărilor medicale, încurajează acordarea ajutorului de către specialist. În unele țări pentru pacienții din sistemul asigurărilor medicale, medicul de familie primește o plată fixă pe an, în timp ce specialistul primește o plată pe caz efectuat. Amândoi au, din punct de vedere economic, un avantaj din fiecare trimitere a unui pacient. Mulți pacienți particulari sunt, în plus, neasigurați pentru consultul medicului de familie, dar sunt asigurați pentru cel al specialistului. (În Olanda cetățeanul plătește prime lunare care îi asigură accesul la serviciile medicale. Gradul minim de asigurare este obligatoriu, după care urmează asigurări mai complexe, respectiv prime lunare mai mari, funcție de gradul de necesitate pe care fiecare îl evaluează. Asigurările mai complexe și cele numite „particulare" permit asiguraților să primească înapoi banii cheltuiți pentru servicii medicale foarte costisitoare.) Gradual, au intervenit și aici schimbări. Societățile particulare de asigurări nu încheie asigurări fără acordul medicului de familie, iar structura onorării medicului de casă și a specialistului este negociabilă.

e Comunitatea de azi oferă puține posibilități de evitare a stresului și tensiunilor prin intermediul canalului medical. S-au făcut totuși încercări de a introduce „zile de concediu medical", dar acestea nu oferă o soluție. Grosveld[5] diferențiază între un număr de faze ale unui proces, faze care ar conduce la o aversiune crescândă față de sistemul de muncă ce nu are altă alternativă și care, până la urmă, conduce la o astfel de conduită disfuncțională (a sistemului) la suferințe și boli. Cineva poate intra sub incidența legislației de boală și, dacă aceasta persistă, atunci el este cuprins în ceea ce în Olanda se cheamă WAO și înseamnă „legislația pentru incapacitate de muncă". Nu de puține ori, WAO este și o alternativă pentru șomaj. Destui patroni (cei ce oferă de lucru) încurajează WAO-ul ca fiind o alternativă (variantă mai bună) – chiar dacă mai dificil de pus pe roate – față de demisia sau concedierea cuiva. Pe deasupra, plata în caz de boală este mai ridicată decât ajutorul legal în caz de șomaj (WW numit în Olanda) și deci mai atractiv (preferabil).

Scanned with OKEN Scanner

DATORII ALE MEDICULUI DE FAMILIE

Din structuralitatea construcției sistemului de servicii medicale (sănătate publică) se desprind o serie de îndatoriri ale medicului de familie. Acestea sunt de trei feluri: sarcini curative, sarcini preventive și de semnalare.

Datorii curative

a Prima sarcină a medicului de familie este de a fi de ajutor tuturor celor ce îl solicită ca urmare a recunoașterii dreptului/necesității lor de a fi ajutați În foarte multe cazuri, acest drept/necesitate este încă neclar sau neformulat în mintea solicitantului. El este împins către medicul de familie din tot felul de motive: suferințe și simptome fizice, o senzație de disconfort, neliniște, frică etc. (în capitolul 3 vom reveni cu mai multe explicații). Într-o serie de cazuri este vorba de probleme acute. Medicul de familie are ca sarcină ca, în afara înlesnirii solicitării propriu-zise, să obțină și o cunoaștere, o înțelegere a esenței și conținutului suferinței care formează obiectul plângerii la medic. El va trebui să fie în stare să specifice ajutorul care este cel mai adecvat (în capitolul 8, în care este descris procesul de acordare a ajutorului de către medicul de familie, această problematică este tratată cu mai multă atenție). Noi ne vom limita acum să constatăm că acordarea ajutorului poate să aibă loc în mai multe feluri.

b Dacă un pacient are acces numai pe timp scurt la medicul de familie, contactul poate rămâne limitat la una sau câteva consultații, doar pentru rezolvarea problemelor. Dacă însă un pacient are acces pe o durată mai lungă la același medic de familie, atunci este vorba de cele mai multe ori de ceea ce se cheamă *un contact episodic*, aceasta însemnând că există perioade în care nu sunt nici un fel de contacte între medic și pacient, alternate cu perioade în care au loc contacte. Bineînțeles că în astfel de episoade pot fi probleme de naturi diferite. În variate episoade poate există același proces de rezolvare a problemei ca cel de la pct. a. De mare valoare este însă faptul că medicul de familie și pacientul se întâlnesc în mod repetat în circumstanțe care se schimbă. Aceasta poate fi de importanță pentru pacient pentru că el poate atunci anticipa din ce în ce mai bine conduita medicului de familie. Pentru medicul de familie este de foarte mare importanță să folosească experiențele cumulative în prevenție, diagnosticare și tratament. Despre aceasta se va discuta mai târziu, mai pe larg.

c În unele cazuri, este vorba de o *relație continuă*. Aceasta este – de la sine înțeleasă – mai ales în cazul bolilor și afecțiunilor cronice. În unele din aceste cazuri, medicul de familie acordă el singur ajutorul necesar.

O femeie de 40 de ani se dovedește a avea o tensiune ridicată. Medicul de familie o investighează și ajunge la concluzia că există o hipertensiune esențială instalată. Ea este mai întâi tratată printr-o diminuare a sării din dietă

Scanned with OKEN Scanner

și o regularizare corespunzătoare a vieții, iar apoi, și cu medicamente. Pentru control, ea trebuie mai întâi să revină în fiecare lună, și mai pe urmă din 2 în 2 sau din 3 în 3 luni, la medicul de familie.

În alte cazuri, se oferă ajutor continuu chiar și după ce a avut loc o investigare și tratare de către specialist.

Un bărbat de 50 de ani are diabet zaharat. El este, în același timp, cercetat de către specialist în legătură cu aplicarea sau nu a tratatamentului cu insulină. De atunci, el este în mod regulat sub controlul medicului de familie.

Se poate însă ca pacientul să fie ținut sub control și de medicul de familie și de specialist, împreună.

O tânără de 20 de ani are boala lui Hodgkin, pentru care rămâne sub observația unui internist, dar și medicul ei o urmărește. El face aceasta din rațiuni psihologice, dar alături de acestea, există și motive decurgând din aceea că el poate să avizeze și să funcționeze ca un *vademecum* implicându-se în eventualitatea apariției de noi elemente.

O formă deosebită de acordare continuă de ajutor, căreia i se va da atenție în capitolul 18, este urmărirea în cazuri mortale.

Până acum s-a vorbit de acordarea de ajutor unui individ. De multe ori însă, medicul de familie are de a face cu suferințe și boli ce apar sub influența schimbărilor în raport cu mediul înconjurător. Dintre acestea, schimbările în raport cu mediul de muncă, cu familia și cu comunitatea din vecinătatea imediată sunt în mod deosebit importante. Comunitatea imediată (mica comunitate) și, *a fortiori*, familia, cad în sfera de observație a medicului de familie pentru că acesta face vizite la domiciliu și, pe deasupra, datorită faptului că el este medicul altor familii (din comunitate). Medicul de familie este deci, în afara medicului unui individ, și cel de/al familie(i) (vezi capitolul 12).

Pentru o bună înțelegere a medicinii medicului de familie este de asemenea important de subliniat faptul că medicul respectiv are implicit în îngrijire o populație stabilă. Din aceasta reiese o responsabilitate deosebită ce se prefigurează pe plan preventiv.

Sarcini preventive

O urmare a muncii în prima linie a serviciilor medicale (sănătății publice) este aceea că, între altele, respectivul vine în contact nemijlocit cu suferințe și simptome. Din aceasta decurge o foarte importantă sarcină pentru medicul de familie: identificarea timpurie a bolilor (diagnosticul precoce). În principiu, s-ar cădea să socotim acest lucru ca fiind de ordinul sarcinilor curative: este vorba de prezența unei boli, ca de pildă, identificarea timpurie a tumorii canceroase mamare. În alte cazuri însă, sunt prezente numai elementele prevestitoare ale unei boli fără ca boala însăși să se fi instalat, ca de exemplu în modificările citologice cervicale. Atunci se poate vorbi într-adevăr de

Scanned with OKEN Scanner

prevenție. Ceea ce revine la identificarea în mod curent timpurie a bolilor este denumit prevenție secundară.

Dacă medicul de familie este responsabil pentru starea de sănătate a pacienților care i s-au încredințat îngrijirii, atunci se cade să ne întrebăm cât de departe trebuie să acționeze și câte categorii de acțiuni trebuie să întreprindă pentru a exercita diagnosticul timpuriu în practica sa. Ceva mai încolo vom detalia această problematică. Acum ne vom limita la a remarca faptul că măsura în care va îndeplini această îndatorire depinde de responsabilitatea pe care și-o asumă și de imaginea pe care el o are despre fundamentul medicinii medicului de familie. Cel puțin o parte a bolilor nu numai că el le poate vindeca în stadiul de germene, dar chiar le poate preveni. În astfel de situații se vorbește de prevenție primară. Aceasta are în vedere boli infecționase de diverse naturi, contra cărora este posibilă imunizarea pasivă și activă (ca de pildă, contra tusei convulsive, tetanosului, poliomielitei, pojarului și rubeolei). Pentru o serie de oameni este, în plus, indicată protecția contra tuberculozei. De asemenea, se face imunizare contra gripei virale (*influenza*). Olandezii au de făcut, într-o măsură crescută, vizite, călătorii temporare în zonele tropicale, astfel că ei sunt imunizați și contra bolilor specifice (ca malaria și holera).

Alături de acestea, mai sunt posibile și alte forme de prevenire. Mulțumită cercetărilor prenatale ale lichidului amniotic este posibilă detectarea timpurie a anormalităților genetice sau malformații ale fătului. Medicul de familie trebuie să intervină prin formularea unei indicații. Un medic poate lucra preventiv într-o măsură considerabilă prin a da sfaturi cu privire la stilul de viață și obiceiuri (între altele, privind alimentația, consumul de alcool, fumatul, dormitul și activitatea fizică).

În încheiere, alături de prevenția primară și cea secundară, se distinge și prevenția terțiară. Sub acest nume se va înțelege preîntâmpinarea urmărilor bolilor și afecțiunilor. Se aspiră astfel la restabilirea cât mai deplină a funcțiunilor organismului și, ca atare, este identică cu revalidarea.

Reglementarea/controlul nașterilor se înscrie de asemenea în sfera prevenției, dar este o activitate de cu totul altă natură. Aici nu este vorba de preîntâmpinarea bolilor. Reglementarea nașterilor intervine ca o sarcină a medicului de familie în virtutea faptului că mijloacele anticoncepționale orale sunt de obținut aproape numai pe bază de rețetă.

În Olanda, toate aceste forme de prevenție nu sunt numai în sarcina exclusivă a medicului de familie. În realitate, sunt și alți factori care lucrează în sensul prevenirii. Organizațiile de Cruce Roșie au în atenție sugarii și preșcolarii chiar și în privința imunizării. Serviciile medicale comunitare vaccinează contra bolilor tropicale. Așa-numitele așezăminte spitalicești Rutger (care sunt numai asemănătoare spitalelor și care sunt profilate pe consultanță sexologică și prenatală) avizează curent în privința controlului nașterilor. Medicii

Scanned with OKEN Scanner

de școli și cei de întreprindere examinează copiii, respectiv salariații în vederea descoperirii din vreme a bolilor. Aceste forme ale îngrijirii preventive s-au dezvoltat până la forma actuală printr-o evoluție istorică. Birourile de consult au apărut prin acordarea de sfaturi mamelor cu privire la îngrijirea sugarilor de către asistentele de cartier (circumscripție). Așezămintele spitalicești Rutger au apărut atunci când reglementarea, controlul nașterilor era încă un tabu. Medicii de școală și cei de întreprindere au fost atrași în aceste funcții din considerente de igiena școlii, respectiv întreprinderii. Esențial în munca preventivă a medicului de familie este însă faptul că el este singurul, unicul medic ce are ocazia de a duce împreună munca curativă și cea preventivă. Cât de importantă este aceasta poate transpare din faptul că indicațiile sale sunt adesea, în esență, asemănătoare (chiar identice) cu măsurile preventive pe care le adoptă în preîntâmpinarea bolilor.

Un bărbat de 65 de ani suferă de o afecțiune respiratorie cronică nespecifică. De aceea, pentru el, a face gripă reprezintă un risc suplimentar. El este de aceea indicat pentru o profilaxie contra gripei.

Medicul de familie este, mai mult decât oricare alt medic, în situația de a identifica din practică acele categorii de pacienți care comportă un risc ridicat la una sau alta din boli. De la el este deci de așteptat o atenție deosebită exercitată prin intermediul metodei de supraveghere. Despre aceasta se va discuta mai încolo în această carte.

Semnalarea

Până acum am văzut că medicul de familie îndeplinește îndatoriri în folosul pacienților individuali care s-au încredințat îngrijirii lui, și de asemenea, în folosul întregii populații. Medicul de familie are însă de îndeplinit și datorii față de comunitate ca entitate.

Este vorba mai exact de faptul că bolile și suferințele pot avea consecințe pentru alții, mai clar în cazul prezenței bolilor molipsitoare, epidemice. Răspândirea acestora în comunitate se cade să fie preîntâmpinată, eventualele surse trebuie depistate și trebuie luate măsurile necesare (de exemplu, vaccinarea unui grup de persoane, izolarea pacientului, contracararea răspândirii germenului bolii). Medicul de familie este, de aceea, obligat în mod legal să informeze autoritățile și aceasta chiar și în cazul în care există suspiciunea de apariție a anumitor boli infecțioase epidemice.

Se mai poate ca medicul de familie să suspecteze dacă la unul sau mai mulți pacienți există anumiți factori externi generatori de boală, de exemplu, efectele secundare ale unor medicamente și apariția unei intoxicații într-o anumită întreprindere. Atunci este necesar – chiar dacă nu este legal obligatoriu – ca medicul de casă să aducă la cunoștința „biroului de efecte secundare ale mijloacelor de tratament", respectiv, la cunoștința „inspecției muncii".

Scanned with OKEN Scanner

Mai puțin clară este îndatorirea medicului de familie atunci când, prin faptul că lucrează în prima linie, este confruntat cu un număr de factori sociali și factori de stres care cauzează procese de îmbolnăvire, ca de pildă noxe de zgomot sau un climat deteriorat de muncă. Cel mai adesea, nu este de făcut altceva decât să se producă dovada că există o relație între prezentarea la medic sau/ și boli, pe de o parte, și acei factori sociali, pe de altă parte. Medicul de familie este primul, și cel mai adesea singurul care poate semnala o posibilă legătură. Limitele între care sau de la care el va considera și trata afecțiunile psihosomatice sau de alt fel vor depinde însă de felul în care el este motivat și de posibilitățile de care dispune. El poate, de exemplu, să (co)antreneze un medic de întreprindere sau un asistent social. Dacă el apreciază că trebuie să aibă loc transformări structurale în societatea sau mediul respectiv, atunci ele nu pot fi realizate de către el, și deci trebuie întreprinse cu necesitate acțiuni cu caracter transformator. Un anumit medic s-ar putea să vrea să contribuie la astfel de schimbări. Medicul de familie practicant va trebui să caute acele forme de acordare a asistenței pacienților individuali care să fie asociate cu cele acordate colectivității. De asemenea, el trebuie să-și asume responsabilitatea pentru maniera eficientă în care se luptă pentru introducerea schimbărilor. O posibilitate în acest sens este oferită de centrele de sănătate care stau în relație strânsă cu centrele de întreținere a sănătății (de tipul asistenței sociale) care pot contribui la schimbare prin cunoașterea reciprocă a experienței; aceste centre de întreținere a sănătății pot, pe baza experienței lor, să încurajeze și să susțină cercetarea în adâncime și chiar acțiunea. Nu este însă suficient. Este important ca medicul de familie să efectueze cercetare pe terenul respectiv; o persoană singură nu poate aduce transformări, dar poate foarte bine să demonstreze că acestea sunt necesare. Mai sunt posibile și surprize. Așa prezintă Rijpma[6] un mare număr de suferințe ale pacienților săi aflați într-o conlocuire tradițională a mai multor generații într-un perimetru restrâns. Dintr-o cercetare întreprinsă pe 620 de cupluri maritale reiese însă că acea conlocuire de tip agrar nu știrbește în nici un fel starea de sănătate și reușita marital(ă) a pacienților respectivi. Este deci foarte riscant să bazăm o explicație pe elemente care, fiind adesea la îndemână, par să fie frecvente, deci cauzale. Pe de altă parte, nu întotdeauna se poate ca mai întâi să se efectueze o cercetare și abia după aceea să se introducă schimbările necesare; acestea se pot petrece câteodată în contratimp. Fundamental este atunci ca medicul de familie să identifice tocmai relevanța socială a suferințelor și bolilor și să-și ajute pacientul să devină conștient de aceasta. Dacă el reușește ca pacientul său să capete o rezistență sigură la bolile și afecțiunile care apar pe fond de stres, atunci el a atins deja o țintă importantă. O asemenea abordare poate fi, în ultimă instanță, mai eficientă decât multe activități politice sau sociale.

Scanned with OKEN Scanner

CONȚINUTUL MEDICINII DE FAMILIE

Până acum am văzut că funcția de primă-linie a medicului de familie este specificată de stabilirea sarcinilor, a îndatoririlor acestuia. Dar locul pe care medicul de familie îl are în cadrul ansamblului de servicii medicale este determinat și de conținutul muncii sale.

Cu certitudine, medicul de familie nu se diferențiază prin munca sa de ceilalți medici. El efectuează anamneză, investighează pacientul, cere să se facă testare completă (de laborator, röntgen, și altele) și încearcă să stabilească un diagnostic. În orice caz, el decide ce trebuie să se întâmple mai departe, ca de pildă instalarea unei terapii sau executarea a ceea ce este de așteptat. Am văzut că, din alte puncte de vedere, medicul de familie se deosebește de specialist: el servește la formularea fermă a solicitării ajutorului, merge mai departe în eventualitatea că poate el însuși rezolva problema, sau în eventualitatea că problema trebuie conectată serviciilor din prima sau a doua linie, sau că un ajutor profesional nu este necesar. În ultimă instanță, conținutul însuși al muncii specialistului se distinge față de cel al muncii medicului de familie. Specialistul face uz de priceperea, calificarea lui de specialitate, dar și de condițiile de muncă specifice, care se află într-o dependență continuă. O mare influență asupra acestei interdependențe o are, între altele, preselecția pacienților, adică posibilitatea însăși de a decide prescripția lui la un anumit domeniu sau tehnică, ținând cont de tehnologia avansată pe care se bazează medicina și de posibilitatea observației și tratamentului prin pătrunderea în țesuturi sau organe. Prin analogie, medicul de familie se cade să împrumute calitățile de expertiză ale activității sale și situației în care muncește, și, pe această bază, să o dezvolte. Pe de altă parte, dezvoltarea capacității de expertiză trebuie dublată de un suport organizatoric și trebuie create condițiile dezvoltării ei ulterioare.

Vom încerca acum, în termeni foarte globali, să conturăm conținutul medicinii familiei. Pentru o detaliere a problematicii, trimitem cititorul la raportul *Caracteristici*[7]. Lucrul în prima linie al serviciilor medicale are ca urmare faptul că medicul de familie trebuie să fie deosebit de larg orientat. Priceperea lui constă în a fi foarte cuprinzător, în timp ce priceperea specialistului constă în profunzimea specializării sale. De aceea, munca medicului de familie și cea a specialistului se suprapun în mare parte, lucru care face atât de dificilă trasarea unei granițe între terenurile lor de activitate. Și totuși, aceasta este posibilă dacă diferențele dintre ele sunt tratate ca centrale. În medicina familiei se pot identifica trei modalități de abordare care specifică ordonarea, sistematizarea datelor. În capitolele 9, 10 și 11, se va discuta despre acestea, dar, pe scurt, câteva cuvinte în cele ce urmează.

Medicina cursului vieții

În decursul timpului, un pacient își consultă medicul pentru variate necazuri și apariții ale unor semne de boală. Medicul de familie învață pe par-

Scanned with OKEN Scanner

curs să cunoască modelul de reacție al pacientului, atât din punct de vedere somatic cât și psihosocial. Anumite aspecte ale istoricității vieții vin în câmpul de observare al medicului. În ultimă instanță, acesta nu este totuși un tablou total, ci mai cu seamă unul episodic. Pe deasupra, contactele au loc în circumstanțe amenințătoare pentru pacient. Codecisive în acest sens sunt caracteristicile fizice și structura de personalitate.

Istoria vieții unui pacient este mereu îmbogățită cu noi evenimente care tulbură sănătatea. Pe de altă parte, aceste tulburări au particularitățile lor și nu sunt determinate atât de tulburările trecute cât de caracterul, obiceiurile, factorii genetici și experiența de viață. Acest complex, în care o suferință sau o boală își face loc, îl vom numi „acele aspectele ale medicinii cursului vieții care sunt cuprinse în medicina medicului de familie" (vezi capitolul 9).

Aspecte integrale

Medicul de familie este confruntat cu suferințe și semne de boală care depind de aspectele psihice și sociale ale vieții pacientului. De asemenea, medicul de familie observă că boala are influență asupra situației sociale și modului de trai al pacientului.

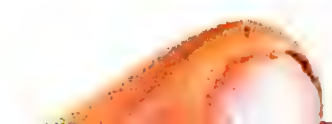
Datorită faptului că medicul de familie are de-a face în aceeași măsură cu suferințe psihice ca și cu suferințe somatice, și pentru că are o cunoaștere și a mediului pacientului, el are posibilitatea de a aspira la o abordare integrală. În principiu, în cazul fiecărei suferințe sau boli trebuie să fie antrenată și atenția acordată atât aspectelor somatice cât și celor psihice și sociale. O psihogeneză ar putea uneori să aibă nevoie de un tratament somatic (de exemplu, ulcerul duodenal); pentru o boală somatică, urmărirea psihosocială nu va fi de neglijat. Asupra acestor aspecte se va reveni. Vom menționa totuși unul acum. Am arătat deja mai înainte că aspectele curative și cele preventive trebuie relaționate. Acest fapt este în același timp și un aspect al abordării integrale (vezi capitolul 10).

Aspectele medicinii de familie

Pentru că medicul de familie are adesea de-a face cu efecte ale interacțiunilor din interiorul familiilor, și pentru că, adesea, el are ca pacienți pe toți membrii unei familii, el are astfel posibilitatea de a integra familia ca atare în modul de abordare și tratament. Aceasta poate conduce la o anume modalitate de a privi, în cadrul căreia sunt identificate anumite legături dintre modelele de îmbolnăvire (vezi capitolul 11).

Prin poziția specifică a medicului de familie în cadrul serviciilor medicale el are încontinuu posibilitatea de a acorda îngrijire integrală și personală. Cele trei modalități de abordare de mai sus constituie tot atâtea unghiuri de vedere valabile.

Din unghiul medico-tehnic, se poate concepe o separare rațională a muncii



Scanned with OKEN Scanner

medicului de familie față de cea a specialistului, deși cel mai adesea suntem forțați să facem o separare arbitrară.

Medicul de familie se va orienta mai ales spre următoarele categorii de suferințe și boli.

a Boli ce pot fi diagnosticate sau/și tratate fără utilizarea de mijloace tehnice. Medicul de familie trebuie să fie și în posesia cunoștințelor despre bolile care nu apar des, chiar dacă acestea abia dacă necesită un tratament simplu, sau chiar nici un tratament.

b Boli ce apar frecvent. Chiar dacă identificarea și tratarea acestora ridică probleme, medicul de familie trebuie să aibă multă pricepere și în acest domeniu, ca de exemplu în cazul bolilor de inimă, circulație și piele.

c Boli pentru care identificarea din timp este de mare importanță pentru pacient, ca de pildă tumoarea canceroasă cervicală și luxația congenitală de coapsă.

d Boli ce pot fi tratate de medicul de familie mai bine decât de un specialist, ca tulburările funcționale, în cazul cărora este necesară o abordare integrală, sau boli fondate pe interacțiunea intrafamilială.

Dacă medicul de familie se orientează către aceste categorii de boli, atunci el poate contribui în mod eficient și responsabil la funcționalitatea primei linii a sănătății publice și serviciilor medicale.

CONDIȚII ALE EFECTUĂRII MUNCII

Dacă medicul de familie vrea să acorde ajutorul descris mai sus, atunci el trebuie să satisfacă o serie de condiții. O atenție anume este rezervată acestora în capitolul 12.

Medicul de familie trebuie să fie accesibil și abordabil din punct de vedere organizatoric, geografic, financiar și psihologic.

a *Organizatoric*. În principiu, medicul de familie trebuie să fie disponibil și accesibil 7 x 24 ore pe săptămână. Fizic și psihic, nici un medic nu poate face astfel. De aceea, trebuie căutate legăturile de colaborare prin care este garantată o disponibilitate permanentă.

b *Geografic*. Este important ca așezarea clădirii în care se află cabinetul să nu fie prea departe de localizarea populației practicii sale. Din punctul acesta de vedere există diferențe între oraș și sat, care vorbesc de la sine.

c *Financiar*. În prezent, datorită sistemului de asigurări medicale, nu mai există decât puține impedimente, sau chiar deloc, în a consulta medicul. Această situație se poate însă schimba dacă se va cere asiguraților și o „contribuție proprie" (adăugată primelor obligatorii de asigurare), o propunere asupra căreia se mai discută încă. Din diverse cercetări[8] reiese că, în

Scanned with OKEN Scanner

funcție de nivelul scăzut al venitului pacientului, contribuția proprie va avea un efect de amânare a solicitării ajutorului medical.

d *Psihologic.* Medicul de familie este o prezență și o apariție care poate predetermina măsura în care pacientul ia inițiativa. El poate fi înclinat să ia în considerare numai suferințele relevante pentru el din punct de vedere medical, și poate de asemenea ca, funcție de preocupările proprii, să se implice în anumite suferințe sau neliniști ale pacientului cu sau fără depășirea domeniului acestora, ca de pildă în cazul discuțiilor despre sexualitate, avort, debilitate mentală sau moarte. Dacă însă ia în considerare de la început orice plângere, el facilitează vizibil relația medic–pacient. Aceasta nu înseamnă însă că medicul de familie este persoana indicată pentru a trata mai departe orice plângere; în al doilea rând, se poate ca o trimitere sau o autoîngrijire să fie recomandabile. În favoarea încurajării inițiativei pacientului lucrează cunoașterea reciprocă; în funcție de durata mai lungă a cunoașterii reciproce, solicitarea ajutorului este evaluată de medicul de familie într-un mod din ce în ce mai adecvat. Sau în termeni realiști, medicul nu se poate pronunța întotdeauna asupra eventualității că schimbarea modelului de conduită al pacientului indică o schimbare a modului lui de trai; dar se poate ca modelul expectațiilor medicului și cel al expectațiilor pacientului să se adecveze reciproc în cazul schimbărilor.

Medicul de familie trebuie să creeze condițiile în care să poată fi oferită o îngrijire continuă. Pentru aceasta este necesară o bună exercitare a practicii, organizarea opțională a orelor de consult și a celor neprogramabile (în care pacientul se prezintă neanunțat), întreținerea unui fișier medical bun și a unei arhive[9]. Acestea sunt necesare și în activitatea de diagnosticare timpurie.

De asemenea, medicul de familie trebuie să prevadă dotările, facilitățile care să garanteze colaborarea în interiorul primei linii și colaborarea cu a doua linie.

În interesul unei îngrijiri bune și din considerente decurgând din medicina de familie, medicul de familie trebuie să prevadă efectuarea vizitelor la domiciliu[10]. Acestea sunt o condiție a calității îngrijirii în cazul bolilor acute, cronice, a pacienților ce zac la pat și a muribunzilor, ca și pentru obținerea cunoașterii aspectelor familiale.

ÎNCHEIERE

Ca încheiere a acestui capitol, vom da câteva definiții ale medicinii medicului de familie. Aceste definiții conțin, în mai mică sau mai mare măsură, aspectele și caracteristicile descrise până acum.

Asociația Olandeză a Medicilor de Familie formulează următoarea definiție: „Preluarea, asumarea responsabilității pentru îngrijirea continuă, integrală și personală a sănătății celor ce i s-au încredințat, persoane individuale

Scanned with OKEN Scanner

și familii. Asociația privește această îngrijire ca pe un produs rezultat din specificul ei și care face posibilă prevenirea tulburărilor în sănătatea indivizilor și familiilor".

Organizația Mondială a Sănătății[11] formulează o definiție care face loc semnificațiilor ocupației de medic de familie în diferite părți ale lumii: „Practica generală este linia de front a îngrijirii medicale și, într-un fel sau altul, ea există în fiecare parte a lumii. Ca o regulă, ea nu este limitată la pacienții cu o boală specifică în interiorul unei grupe de vârstă specifice. Ea este câmpul practicii medicale unde pacientul realizează în mod normal primul contact cu doctorul și la care are acces direct. Scopul practicii generale este acela de a asigura îngrijire medicală continuă și cuprinzătoare pentru individ, familie și comunitate".

Definiția medicinii de familie devine mai exactă prin intermediul influenței caracteristicilor specifice serviciilor medicale din fiecare țară. Astfel se prezintă definiția dată de American Academy of General Practice în care se spune că medicul de familie poate chiar acoperi un teren specializat al medicinii. În SUA este posibil ca un specialist să funcționeze și ca „medic de familie"! și într-o definiție iugoslavă se precizează că ea va cuprinde și aspectele publice ale serviciilor medicale. În mediul sătesc, medicul de familie are, cum se știe, (încă) dificultăți cu instalațiile de apă, analiza fecalelor etc.

Nu mai prejos este definiția dată de către Grupul European de Lucru[12] care a fost considerată ca aplicabilă în țări din vestul și estul Europei. Aceasta sună astfel: „Practicianul generalist este un licențiat în medicină, care acordă îngrijire personală, primară și continuă indivizilor, familiilor și populației din practica sa, indiferent de vârstă, sex și boală. Tocmai sinteza acestor funcții este unică.

El va intra în contact cu pacienții săi în cabinetul de consult, în casele lor și, câteodată, într-o clinică sau un spital. Menirea lui este de a face diagnoze timpurii, de a include și integra factorii fizici, psihosociali și sociali în aprecierea pe care o face asupra sănătății și bolilor.

El va formula o decizie inițială asupra fiecărei probleme ce i se prezintă. Va prelua dirijarea continuă a pacientului cu boală cronică, recurentă sau mortală. Contactul prelungit înseamnă că el poate folosi oportunitățile repetate pentru a culege informații potrivite despre fiecare pacient în parte și pentru a construi o relație de încredere pe care el o poate folosi în mod profesional.

El va coopera cu alți colegi, medici și nemedici și va ști cum și când să intervină cu tratament, prevenție și educație pentru promovarea sănătății pacienților și a familiilor lor. El va recunoaște că are, de asemenea, și o responsabilitate față de comunitate".

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 2

NOTA 1. DIVERSITATEA SARCINILOR MEDICULUI DE FAMILIE ÎN DIFERITE ȚĂRI

Un mare număr de factori sunt decisivi în privința îndatoririlor pe care un medic de familie trebuie să le îndeplinească. În cele ce urmează se va trece în revistă o parte a acestor factori. Dar trebuie să se știe că adesea aceștia se află într-o relație mutuală.

În primul rând, se poate constata o deosebire între popoare cu privire la aplicarea achizițiilor moderne ale medicinii. Verdoorn[13] a arătat că în Olanda a apărut o predispoziție de a înlocui modalitățile de tratament din medicina populară cu cele moderne (numai) când a apărut o schimbare în mentalitate, și aceasta s-a întâmplat atunci când modelul cultural tradiționalist s-a tranzitat către cel modern-dinamic. Hofstee[14], care a utilizat aceste noțiuni pentru a explica schimbările din comportamentul de control al nașterilor, numește diferența esențială dintre cele două modele culturale ca fiind opoziția la *schimbare*: „În modelul cultural tradițional, judecarea propriei activități ca și cea a altora se făcea conform unei norme venite din trecut. Totul trebuie să se petreacă așa cum întotdeauna s-a petrecut. Schimbarea este, în ciuda naturii ei, o greșeală. Dacă, datorită împrejurărilor, omul este forțat să-și modifice comportamentul, atunci el face tentativa de a motiva cumva această modificare ca pe o reîntoarcere la formele de comportament pe nedrept pierdute. În modelul cultural modern-dinamic, schimbarea este, în principiu, evaluată pozitiv. Omul modern-dinamic crede în posibilitatea îmbunătățirii prin intermediul schimbării și este pregătit, în eventualitatea că el poate aduce o schimbare, să o cerceteze pe măsura valorii lui. Aceasta nu înseamnă că pentru el tot ce este nou este și mai bine; unele considerații îl pot aduce la concluzia că vechiul a fost mai bun. El nu respinge noul ca omul tradițional, numai pentru că este nou". Hofstee lasă deci să se înțeleagă că originea abordării de tip modern se află în Renaștere, și că aceasta a luat forme de masă în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea. Ea a pătruns în straturile înalte ale societății civile și apoi s-a infiltrat încet și în clasele de jos. Omul modern nu mai crede în supraviețuire și, ca atare, nici spusele generației vechi nu mai au trecere. Transferul cultural vertical (generația vârstnică-tânără) face loc unuia orizontal (în interiorul unei aceleiași generații). Încrederea mai mare în propria pricepere a condus la o secularizare a comunității. Prin intermediul acestei evoluții, în ultima parte a secolului al XIX-lea a apărut posibilitatea de a da o bază mai solidă celor ce se ocupau de igiena sugarilor ca să devină asistenți de cartier. Așa se face că la începutul secolul al XX-lea spitalul a pierdut multe din funcțiile lui originare. Încrederea în tehnica modernă a făcut ca investigarea de specialitate să fie preferată.

Scanned with OKEN Scanner

Mari părți ale Lumii a Treia se regăsesc încă într-un model cultural (agrar)-tradițional. Aceasta generează fenomenul de limitare în care este solicitat ajutorul profesional. Încă destul de des vindecătorii tradiționali sunt preferați, chiar dacă sunt vizibile, și în această privință, schimbări rapide.

În Lumea a Treia, o anumită ocupație medicală abia dacă poate fi exercitată de către profesioniști pentru că aceștia sunt foarte rari. Această raritate face ca ajutorul să fie cerut numai *in extremis*. Profesioniștii din a doua linie lipsesc adesea cu desăvârșire astfel că medicina de primă-linie este singura la dispoziție. Deci, în limitele acesteia trebuie rezolvate cât mai multe probleme cu putință. Lipsa de personal și de bani face adesea imposibilă lărgirea sistemului. Uneori, o rezolvare a acestei situații este căutată în educarea și inițierea câte unui „asistent medical" care ar putea să funcționeze în noua primă-linie[15]. Se încearcă de asemenea cuplarea și înglobarea practicienilor tradiționali și a „herbariștilor" (utilizatori de ierburi curative). În Rusia mai există încă un fel de asistent medical care adesea este primul care are contact cu pacientul. Acești funcționari au fost folosiți în armată pe timpul Țarului Petru cel Mare și erau așa-numiții „felceri" (în olandeză, o derivare de la „veldscheer" = bărbier). Mai apoi, ei au exercitat această funcție în rândul populației. S-a încercat înlăturarea acestor funcționari, dar nu s-a reușit. Acum, ei mai lucrează încă în zonele unde sunt puțini medici și ca asistenți sanitari în fabrici, școli, posturi de prim-ajutor etc. Unii s-au axat pe o anumită tehnică (farmacie, röntgen). Tendința de a introduce și menține „asistentul medical", încă prezent în unele orașe din Statele Unite, mai exact, în zonele rurale mari în care este lipsă de doctori, este remarcabilă.

Conținutul muncii medicului de familie nu este, în unele cazuri, atât de mult decis de lipsa absolută, cât de lipsa relativă de medici. Într-o serie de nuclee urbane din SUA a apărut o lipsă relativă de medici de familie datorită, printre altele, situației de neîndurat din acele zone urbane. Medicii de familie care mai există încă nici nu fac adesea de serviciu după-amiezele sau nopțile și reduc la minimum vizitele la domiciliu. Spitalele sunt adesea acelea care asigură satisfacerea cererii, via „camera de urgență", mai ales pentru situațiile acute. Acum a apărut deja o specialitate: medicul-de-urgență.

De asemenea, reglementările organizațiilor de sănătate sau tocmai lipsa acestor reglementări au o influență asupra îndatoririlor medicului de familie. Iată câteva exemple în acest sens.

a În fosta Germanie de Vest, Austria și Belgia, un pacient poate consulta, în afara medicului de familie, și un specialist, în mod direct (fără trimitere). Faptul are o influență suplimentară asupra muncii medicului de familie pentru că, între altele, el se află într-o poziție de concurență față de specialist. Aceasta reprezintă o străpungere a eșalonării sistemului serviciilor medicale (vezi și nota 5).

b În aceste țări, chiar populația circumscripției nu este definitiv stabilită. Pacienții pot cu ușurință să se plimbe de la un medic la altul, ceea ce influențează negativ continuitatea relației.

Scanned with OKEN Scanner

c Până nu de mult, în fosta Iugoslavie serviciile medicale curente erau înțelese ca fiind asigurate de către o echipă de trei medici: un pediatru, un medic de familie și un medic obstetrician. Aceasta destramă ideea unei medicini de familie.

d În SUA este permis unor medici de familie să-și trateze pacienții într-un spital. Pe de altă parte, sunt interniști, chirurgi și pediatri care funcționează și ca „medici de familie".

NOTA 2. TIPUL IDEAL

Tipul ideal este o noțiune a cărei semnificație a fost introdusă în sociologie de către Max Weber. Este o construcție elaborată prin sistematizarea rațională a caracteristicilor posibile ale unei existențe, ale unui dat; mai exact, caracteristicile reale ale unui dat anume sunt reduse la cele esențiale, sunt esențializate la extrem[16]. În fapt, tipul ideal este o construcție teoretică ce se distanțează de variabilitatea nesemnificativă din realitate. Este un concept riscant pentru că de multe ori nu este în rezonanță cu ceea ce există în mod real.

NOTA 3. PROCESUL DE PROFESIONALIZARE A MEDICULUI DE FAMILIE

Termenul „profesie"[17] a fost pentru prima oară astfel utilizat în *Oxford English Dictionary* în 1541; mai înainte de această dată, termenul era necunoscut. Caracteristicile distinctive ale profesiei constau, după Bloom (în afara celor deja menționate) în aceea că persoanele respective formează un grup social aparte, distinct, și în aceea că ei sunt astfel organizați încât codul formal de conduită este bine stabilit (ceea ce a făcut Societatea Regală Olandeză prin recunoașterea normativă a Artei Medicinii). Bloom remarcă faptul că tocmai societatea modernă este cea care este puternic orientată către o încurajare pe mai departe a profesionalizării; se observă apariția continuă a noi grupe ocupaționale care aspiră la profesionalizare (de pildă, asistentul social, psihologul). Bloom remarcă următoarele caracteristici ale unui proces de profesionalizare:

a Profesia își definește propriile scopuri ale educației ei.

b Studentul într-o ocupație profesionalizată este educat într-o măsură mult mai puternică decât studenții supuși unui proces de socializare pentru alte ocupații.

c O ocupație profesionalizată este adesea legal recunoscută.

d Obținerea diplomei și acceptarea sunt limitate restrictiv de către colegii de profesie.

e Cele mai multe acte legislative cu privire la profesie sunt bine stabilite de către profesia respectivă însăși.

Scanned with OKEN Scanner

f Venitul, puterea și prestigiul sunt mai înalte decât în cazul altor ocupații și se poate pretinde de la studenți un nivel mai ridicat profesional.

h Normele cu privire la exercitarea profesiei, care sunt determinate, de către profesie, sunt mai puternice, mai restrictive decât reglementările legale.

i Membrii unei profesii sunt mai puternic identificați ca atare decât e cazul cu cei ai altor ocupații.

j O profesie este mai cu seamă o „ocupație finală", în sens de „ocupație în sine". Omul este înclinat să-și onoreze profesia, și când este întrebat dacă ar alege-o iar răspunsul este, la o mare parte a celor chestionați, unul pozitiv.

Cum se poate observa, toate caracteristicile au implicații asupra relațiilor sociale. Unii studenți vor avea experiența de a vedea că procesul de profesionalizare are loc în cazul lor în timpul muncii practice, clinice. Există o opoziție crescândă la exclusivitatea profesionalizării. În viitor, va trebui să se analizeze consecințele acesteia și educația va trebui să fie adaptată în sensul diminuării gradului de exclusivitate. O mai bună înțelegere a dezvoltării medicinii ca profesie este oferită de V. L. Bullough. Acesta indică de asemenea ca o caracteristică a profesiei faptul că medicii sunt înclinați în a delega pe alții, în cazul unor activități extraprofesionale.

Van Hove-Baeck, care a mai fost citată în text, în studiul ei despre medicul de familie olandez, recurge la o abordare diferită, aceea a *abordării segmentare*. În cadrul acesteia, profesiile și ocupațiile sunt văzute ca o rețea de grupări ocupaționale. Ele se află încontinuu în mișcare: se pot suprapune (structură arhitecturală), dar pot avea loc și ca procese subsidiare (la fundații). Important este ca grupările ocupaționale să nu se supună numai procesului (de mișcare, schimbare) subsidiar, ci să îndeplinească și un rol activ în acest proces. Profesiile sunt deci, în același timp, și grupări ocupaționale care își formulează în siguranță ceea ce este important pentru ele. Pentru aceasta este nevoie să se dispună de mijloace de putere. Astfel, de mare importanță este că procesul de profesionalizare a medicului de familie din Olanda se dezvoltă prin a: **a** definirea ocupației, **b** ridicarea calificării medicului de familie, **c** organizarea practicii medicului de familie, **d** lupta pentru importanța lui socială, **e** diviziunea autonomiei profesionale.

NOTA 4. DEZVOLTAREA ISTORICĂ

La o bună înțelegere a medicinii familiei servesc și unele date istorice. În vechime, a existat mult timp, în Mesopotamia, Egipt și chiar în Grecia, preotul-medic. La popoare din Est denumirea a persistat mai mult în forma „șamanului", omul-medicament, sau omul cu medicamentele. În Grecia și

Scanned with OKEN Scanner

Imperiul Roman erau medici al căror statut era în general asimilat celui de artizan. De multe ori era considerată ca muncă de sclav. De la sine înțeles era faptul că erau mulți necalificați care încercau să ajute în caz de boală.

O dată cu căderea Imperiului Roman a decăzut și medicina antică. Abia în secolul al XI-lea au apărut universități la care se putea învăța medicină. În acest interval, atenția s-a concentrat pe asistența de boală în mânăstiri. Asistența chirurgicală a fost lăsată în seama artizanilor, în cea a bărbierilor, uneori a unor executanți pricepuți la castrări, extracții dentare, și abia mai târziu a chirurgilor. Învățământul era artizanal, ordonat pe durata afilierii la un meșter din breaslă.

Cu trecerea timpului, a apărut o adâncire a diferențierii între cei educați ne-academic: erau, printre alții, medici de țară și medici de oraș, medici de armată, meșteri medicali de vapoare, meșteri obstetricieni, meșteri oftalmologi, farmaciști, dentiști și vânzători de ierburi. Ne-academicii primeau învățătura de la un meșter la care mergea în ucenicie și își primeau certificarea calificării, prin trecerea unui examen. În a doua jumătate a secolului al XIX-lea a apărut o situație confuză și nesatisfăcătoare: se puneau probleme de competiție, au apărut mari schimbări sociale, și nivelul educației nu mai era în concordanță cu cel al exercitării meseriei. După zeci de ani de negocieri, sub Thorbecke, în 1865, s-a ajuns în sfârșit la o legalizare a exercitării meseriei de medic, rezultatul procesului educațional fiind un funcționar, care, de atunci a fost numit medic. Toți acești medici trebuiau să primească aceeași educație universitară. De aceea, a apărut o poziție de monopol care este inerentă procesului de profesionalizare. Numai mult mai târziu a început să fie privită critic această poziție.

Baza unei astfel de uniformizări a educației constă în ideea că ea ar putea face posibilă o perspectivă generală și o coordonare a medicinii în totalitatea ei. Ea ar putea fi deci satisfăcută de către un singur tip de medic. De la început, aceasta a apărut ca fiind o iluzie. Explozia de cunoștințe din ultimii o sută de ani și dezvoltarea tehnologică au avut o influență în profunzime asupra medicinii. În plus, au avut loc dezvoltări economice deosebite care au făcut posibilă o sporită lărgire a potențialului medical.

Aceste dezvoltări au însemnat și o împingere către specializare. Necesitatea acesteia a apărut mai întâi la ramurile mai tehnice, specialitățile „chirurgice", apoi și la cel de „interne". În 1890 erau 54 de medici în Olanda care își atribuiau titlul de „specialist"; aceștia reprezentau 3% din totalul medicilor. În 1910, acest număr s-a ridicat la 462. În 1978, erau 7 869 de specialiști în contrast cu 5 188 de medici de familie, în 1991, 6 378 medici de familie și 12 477 specialiști, o proporție deci de 34 la 66. Aceasta nu este în sine o proporție bună: medicina specializată are o pondere prea mare.

Mulți ani creșterea specializării medicinii s-a accelerat. Având în vedere că nu a existat nici un mecanism central de dirijare pentru a pune în legătură

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltarea medicinii de primă-linie cu cea de-a doua linie, mulți ani procesul s-a intensificat, astfel că medicina de specialitate s-a dezvoltat tot mai mult prin sine, iar cea a medicului de familie a rămas în urmă. Se părea că aceasta ar fi avut de îndeplinit în continuare un rol mai puțin important în acordarea de ajutor medical.

Faptul că medicul de familie, mai ales în Olanda, s-a menținut alături de specialist a avut, între altele, următoarele cauze:

a Viața de familie în Olanda ocupă un loc central de mai mult timp față de alte țări. Dar și în această privință au apărut acum schimbări mari.

b În Olanda există o puternică predispoziție de a introduce reguli stricte și de a le respecta în aplicare: una din regulile unanim acceptate (după negocierea ei) este aceea că medicul de familie este singurul medic care vizitează pacientul acasă; un specialist ia în tratament un pacient numai după ce acesta a fost trimis la el de către medicul de familie.

c De însemnătate fundamentală a fost faptul că asigurările medicale obligatorii au susținut aceste obiceiuri prin modul de onorare a plăților: un specialist își primește onorariul numai pe baza dovezii de trimitere completată de către medicul de familie.

d Se pare că solicitarea ajutorului medicului de familie nu este în declin, ci mai curând în creștere. Aceasta este în interdependență cu modelul de acordare a ajutorului și cu modelul de morbiditate. Despre aceasta se va discuta mai mult în celelalte capitole. Cu toate acestea, medicii de familie au făcut o criză de identitate după cel de-al doilea război mondial. Ei au pierdut capacitatea de a vedea conținutul real al medicinii medicului de familie timp în care și-au pierdut și încrederea în propria muncă. Într-o astfel de situație, după Erikson[18], omul este conștient de faptul că ființa umană, o combinație de potențe realizate în trecut și speranțe de viitor. Într-o astfel de situație, trebuie să vrea să aleagă și să facă din viitor un obiectiv. Va trebui să învețe să conceapă descoperirea propriilor posibilități, și să învețe să accepte restricțiile impuse de propria capacitate și de situația dată.

Un prim pas pe această cale a fost făcut de către un pionier în domeniul medicinii medicului de familie, J. T. Buma[19]. În lucrarea scrisă pentru obținerea promovării a luptat mult pentru scoaterea acestei profesii din letargie și a contribuit la înțelegerea că medicul de familie are sarcini specifice. Important este că el a susținut că medicul de familie, alături deja de vechea îndatorire față de individ, are și o nouă îndatorire „socială" pe care trebuie să o îndeplinească. „Dezvoltarea socială a adus cu sine faptul că medicul va deveni din ce în ce mai mult cel care va da avizul în probleme de sănătate și boală, paralel cu creșterea numărului oamenilor neputincioși care vor solicita din ce în ce mai mult ajutorul medicului de familie. În legătură cu aceasta, eu cred că, cu cât numărul pacienților care se supun la tratament pentru afecțiuni pur subiective crește, îngrijirea sănătății psihice, mentale a populației devine un teren de lucru din ce în ce mai important pentru medicul de familie". Inspirați de această lucrare, un număr de medici de familie au pus bazele organizatorice ale Asociației Medicilor de Familie Olandezi în

Scanned with OKEN Scanner

1956. Scopurile programatice ale acestei asociații au fost ca, prin cercetare științifică, școlarizare și postșcolarizarea să promoveze dezvoltarea medicinii medicului de familie. Fundamentul acestui program a fost convingerea că medicul de familie are de îndeplinit datorii specifice în sfera sănătății publice, datorii ce nu pot fi satisfăcute de nimeni altcineva .

Și în alte țări au avut loc progrese în acest sens. În Marea Britanie de exemplu, în 1952 a luat ființă Colegiul Practicienilor Generaliști, iar în Statele Unite, câțiva ani mai târziu, Academia Americană a Practicii Generale. În acest sens, Olanda a deținut până acum un loc avansat. Aceasta transpare, între altele, și din faptul că al doilea profesor de medicina familiei din lume, funcție onorifică ce s-a introdus din 1967, a fost din Utrecht (primul care a îndeplinit această funcție a fost Richard Scott din Edinburgh). În anii care au urmat, această onoare a revenit tuturor universităților olandeze. Aceasta a fost deținută și de alte țări. Acum în Anglia, majoritatea școlilor de medicină au avut reprezentanți în această funcție. În Statele Unite se tinde de asemenea către aceasta, dar acolo rolul medicului de familie este încă incert și în competiție cu specializări de ordin general, ca medicina internă. Olanda a fost prima țară care a introdus un învățământ obligatoriu special pentru medicii de familie (în Utrecht în 1971, și în tot restul țării, în 1974). Anglia a făcut deja unele încercări experimentale de educare a medicilor de familie urmate, în 1981, de obligativitatea ei. Cam acesta este și cazul în Danemarca. Comunitatea Europeană obligă acum toate statele membre să introducă un stagiu postuniversitar pentru medici de familie de cel puțin doi ani.

NOTA 5. MEDICINA DE PRIMĂ LINIE

Construirea sistemului de servicii medicale (sănătate publică) pe diferite „linii" este foarte importantă pentru funcționarea acestuia. Despre serviciile medicale din prima și a doua linie se vorbește ca despre niște eșaloane. Acești termeni sunt împrumutați de o manieră aproximativă de la strategia militară. Prima linie este linia frontului unde au loc primele confruntări cu dușmanul. Un eșalon este un serviciu al trupelor ce operează de sine-stătător, un serviciu ce este urmat de alte servicii.

Caracteristica principală a primei linii a serviciilor medicale este aceea că ele sunt direct accesibile solicitanților, fără alte intermedieri. Rațiunea construcției pe eșaloane este aceea că profesionalismul primei linii constă în a fi cât mai cuprinzător pentru a putea rezolva cât mai multe probleme de naturi extrem de diferite. Dacă o problemă continuă să se acutizeze, atunci ea duce la un mare consum de timp (terapie de familie), cere anume tehnici și specialități (chirurgie) sau anumite condiții (spitalizarea), însemnând implicarea asistenței specifice celei de-a doua linii. Medicul de familie face deci o trimitere la un alt medic din a doua linie. Construcția primei linii nu este con-

Scanned with OKEN Scanner

ceptă numai din motive raționale, ci s-a înălțat astfel prin evoluțiile istorice. În plus, suprapunerile și relaționările inserează construcția într-o rețea (arhitectură). Dacă este vorba de o răspândire a calificărilor (capacității de expertiză) în interiorul primei linii, atunci colaborarea în ambele sensuri este justificată.

O serie de *profesioniști din prima linie* au posibilitatea de a face trimiteri la cei din a doua linie, alții nu au această posibilitate. Persoanele din prima linie menționate înainte sunt următoarele:

a *Medicul de familie.* El are posibilitatea de a trimite la servicii medicale foarte avansate din a doua linie. Mai sunt și mulți alți medici care au un acces direct, dar accesul abia dacă privește unele subdomenii (specialități): medicul de întreprindere, medicul de stat (plătit, în serviciul organelor de stat regionale) și medicul care activează la birourile de consultanță. Pentru aceștia, specialistul nu este direct accesibil, cel puțin în Olanda. Trimiterile sunt restrictive din tradiție, bazate fiind pe acorduri reciproce, și se fac prin scrierea de către medicul de familie a unei trimiteri adresate specialistului, altfel specialistul nu va fi plătit. Mai înainte s-a arătat că această regulă nu există în toate țările, ceea ce afectează arhitectura serviciilor medicale.

b *Asistentul de cartier* (circumscripție). Acesta activează pe două domenii: prevenția și asistența. Asistentul de cartier este direct accesibil la birourile de consultații și în folosul tuturor activităților preventive. Asistentul ajută la avizul și la cererea medicului de familie. El nu poate face trimiteri direct la a doua linie. Dar apar contacte de lucru între asistenții-șefi din spitale și cei de circumscripție în privința asistenței pacienților externați din spitale.

c *Fizioterapeutul.* Nici acesta nu are posibilitatea de a face trimiteri direct la eșalonul superior. În principiu, el este direct accesibil pacienților, dar onorarea costurilor serviciilor lui de către organele de asigurări medicale nu se face decât dacă acestea au fost efectuate la trimiterea medicului de familie.

d *Moașa* (asistenta obstetriciană). Aceasta poate fi consultată direct de către gravidă și asistența pe care ea o acordă este independentă. Ajutorul medical este solicitat la medicul de familie prin intermediul ei, și, în practică, ea se adresează adesea direct obstetricianului. În principiu, medicul de familie și moașa lucrează la concurență; foarte mulți medici de casă se antrenează și în asistarea nașterilor. În alte țări (Danemarca, Anglia), medicul de familie și moașa lucrează în echipă. În Olanda, aceasta se întâmplă numai sporadic.

e *Asistentul social.* Acesta are în multe situații o altă poziție în medicina de primă-linie. În afara puținelor cazuri când e detașat la un centru medical, el lucrează exclusiv în așezămintele medicale. Este uzual ca el să lucreze într-o instituție de asistență socială și, în acest cadru, el este direct abordabil. Medicul de familie poate să-i trimită pacienți. Având în vedere că aceste persoane sunt subsidiate și sunt de resortul ministerului respectiv, nu există nici un impediment financiar în a-i consulta.

f *Farmacistul* joacă de asemenea un rol în serviciile din prima linie. El execută instrucțiunile medicilor (comunicate prin rețete), dar, alături de

Scanned with OKEN Scanner

aceasta, el are într-o măsură crescândă o funcție de avizare, atât a medicului cât și a pacientului.

Prima-linie poate fi organizată în diferite feluri: toți cei implicați lucrează independent unul față de altul din punct de vedere organizatoric sau în practici de grup în cadrul centrelor de servicii medicale. Despre aceasta se va mai discuta în capitolele următoare.

Medicul de familie îndeplinește o funcție centrală pentru prima linie. Aceasta este determinată de faptul că el este cea mai importantă persoană de contact cu a doua linie și de faptul că în chiar interiorul primei linii, numai cu permisiunea sa se pot contacta alți profesioniști.

A doua linie constă din specialiștii clinicieni. Dar și o serie de specialiști din domeniul serviciilor psihice îndeplinesc o funcție de a doua linie pentru medicul de familie (de exemplu, Biroul Pedagogic Medical, Serviciul Social-Psihiatric). Aceste instanțe au în serviciu și specialiști. Totuși, relația cu acești specialiști este altfel decât cea cu specialiștii clinici. Multe organe din sfera sănătății psihice sunt abordabile și prin trimiteri emise de alții și, în plus, direct accesibile pacienților și clienților. Așa că acestea au o funcționalitate atât pentru prima cât și pentru a doua linie.

Câteva cuvinte și despre ***a treia linie***. În ochii unora, aceasta este reprezentată de spitale (ceea ce înseamnă că a doua linie revine medicilor din policlinici); după alții, aceasta este reprezentată de spitalele categoriale (adică, specializate pe o anumită categorie de servicii, ca spitalul de ochi).

NOTA 6. DAUNE PROVOCATE (IATROGENE)

Ajutorul medical poate avea uneori urmări distrugătoare, de diferite naturi (greacă: *iatros* = medic; *gennan* = a produce, generare de):

a Multe medicamente se dovedesc a avea efecte secundare care adesea sunt de natură foarte gravă. La prescrierea lor, astfel de riscuri trebuie cântărite în raport cu necesitatea utilizării lor.

b O serie de metode de investigare, mai ales cele invazioniste, nu sunt fără riscuri. Tot cam astfel se poate considera și ședereа prelungită la pat care este de multe ori necesară. Dintr-o cauză sau alta, în SUA, deja 10% din totalul spitalizărilor au loc datorită vătămărilor sau afecțiunilor provocate de intervenția medicală, iatrogene. În Olanda s-a raportat o cifră de aproximativ 5%.

c De o cu totul altă natură este vătămarea socială ce i se aduce cuiva care trebuie să se supună unei investigații și este trimis la un specialist. Aceasta duce la o vizibilă pierdere din timpul de muncă.

d În sfârșit, este posibil ca prin investigări supraestimate și consulturi sau tratamente nenecesare să se inducă pacientului ideea că ar fi vorba de o boală mult mai gravă decât e în realitate. Rolul pacientului (determinat sociologic) în astfel de situații poate fi mai mult decât necesar. Una din cele mai impor-

Scanned with OKEN Scanner

tante îndatoriri ale medicului de familie este aceea de a ajunge la o „prevenție a rolului de pacient" (prevenirea necesității ca pacientul să fie obligat să joace un rol)[20]. Chiar și procesul de fixare somatică se poate manipula[21]. Despre aceasta se va reveni în capitolul 11. Este deci de mare importanță ca medicul de familie să lase să pătrundă în „canalul medical" numai acei oameni care, într-adevăr, au nevoie de ajutor.

NOTA 7. EFICACITATEA SERVICIILOR MEDICALE

Conturarea organizării serviciilor medicale a crescut în sens pozitiv și s-a diferențiat într-o mare măsură. Acestea sunt, între altele, urmări ale acumulării de cunoștințe, aplicării tehnologiei și ale prosperității ridicate. Diferențierea face necesară conectarea din ce în ce mai multor tipuri de profesioniști, atât la nivel de sus cât și la cel de mijloc (al cadrelor medii). Organizarea devine de aceea mereu mai complexă și cere aplicarea ei la scară mare. Complexitatea generează însă și birocratizare. Elemente distinctive ale acesteia sunt, printre altele, conducerea centrală și ordinea ierarhică a funcționarilor, un proces decizional care să urmeze reguli generale și proceduri de rutină, informații scriptice și de dosar și o relație nepersonală (privată) între funcționari și public[22]. Solicitantul, care adesea se comportă emotiv sub amenințarea încordării prin care trece, are în mod justificat nevoie de un tratament uman și căldură. Persoanele individuale din interiorul sistemului pot oferi acestea foarte bine, dar de cele mai multe ori este vorba de o relație foarte fragmentară. Este adevărat că într-o mai mică măsură (din cauză că aici lipsesc aspectele tehnologice), dar și în privința ajutorului psihosocial, birocratizarea își face loc.

În medicina familiei există orientarea și necesitatea de a atinge grade superioare de organizare. Medicul de familie face uz într-o măsură crescândă de datele de laborator și röntgen pe terenul diagnosticării. El trebuie să aibă grijă de o bună arhivare în condițiile în care datele de specialitate sunt mereu tot mai multe și el dispune de tot mai multe dintre acestea. Nevoia și necesitatea de a colabora cu funcționari din prima și a doua linie conduce la formarea de legături de colaborare (rețele), practici de grup și centre medicale (complexe de servicii medicale). Nevoia de individualizare duce la stabilirea serviciilor de după-amiază, noapte și sfârșit de săptămână (week-end).

În cazul tuturor acestora este fundamental să se înțeleagă că relația interumană dintre pacient și medicul de familie rămâne neamenințată. Structurile organizatorice trebuie să stimuleze această relație în mod corespunzător. Vom vorbi despre aceasta mai mult în capitolul 12.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Hove-Baeck, A. van. „Procesul de profesionalizare a medicului de familie olandez", *Politica*, 1978, 28, 4.
2 McWhinney, J.R., *New Eng. J. Med.*, 1978, 601.
3 McWhinney, J.R., „Medicina de familie ca știință" („Family Medicine as a science"), *J.Fam.Pract.*, 1978, 7, 53.
4 Es, J. C. van, „Posibilități și imposibilități ale medicului de familie ca promotor al sănătății", *Med. Contract*, 1976, 31, 1357.
5 Grosveld, J.A.M., *Incapacitatea de muncă în Olanda*, Departamentul Muncă și Organizare al Universității Catolice, Nijmegen, 1978.
6 Rijpma, S., *Sănătatea și individualizarea familiei într-o comunitate agrară*, Wageningen, 1973.
7 *Caracteristici ale medicului de familie*, Raport asupra scopurilor educative al Institutului Universitar de Medicina Medicului de Familie a Universității de Stat, Utrecht, 1980.
8 Ven, W.P.M.M. van de, „Efecte ale contribuției proprii asupra serviciilor medicale", *Med. Contract*, 1980, 35, 155. 189, 216.
9 Vezi între altele, *Medicul de familie și știința*, 1979, numărul din ianuarie consacrat orientării în această problemă.
10 Vezi *Medicul de familie și știința*, 1979, numărul din decembrie consacrat vizitei la domiciliu.
11 OMS (WHO) Seria de Raporturi Tehnice, nr.267, 1964, WHO, Geneva.
12 *Practicianul generalist în Europa*. A statement by the working party appointed by the second European Conference on the teaching of General Practice (Leeuwenhost-grup).
13 Verdoorn, J.A., *Sănătatea publică și dezvoltarea socială*, Aula cărților, Utrecht, 1965.
14 Hofstee, E.W., „Creșterea populației în Olanda", în *Pasiune și curs, o jumătate de secol de schimbări sociale în Olanda*, Assen, 1962.
15 Folmer, H.R., „Servicii medicale curative în Africa tropicală", *Anuarul Medical 1976*, Utrecht, 1976.
16 Groenman, S. și col., *Viața socială pe toate fațetele ei*, Assen, 1969.
17 Bloom, S.W., *Doctorul și pacientul său (The doctor and his pacient)*, New York, 1965.
18 Erikson, E.H., *Tânărul Luther (Young man Luther)*, New York, 1962.
19 Buma, J.T., *Medicul de familie și pacientul său. Baze ale gândirii și practicii medicale.*, Amsterdam, 1950.
20 Es, J. C. van, *op. cit.* la 4, 1976, 31, 1357.
21 Huygen, F. J. A. și col., „Prevenția și fixația somatică", *Medicul de familie și știința*, 1978, 21, 363 și articolele ce urmează.
22 Enciclopedia *Grote Winkler Prins*, Amsterdam/Bruxel, 1975.

Scanned with OKEN Scanner

3 Aisbergul

Nu toate suferințele și simptomele au întotdeauna drept consecință solicitarea ajutorului medical. Pacienții care consultă medicul de familie formează, ca să spunem așa, vârful unui aisberg. Din cauza faptului că medicul de familie lucrează la granița dintre partea care se află „sub apă" și cea care se află deasupra apei, este important pentru el să beneficieze de o mai bună cunoaștere a existenței conjugate a părții „de deasupra" și a celei „de dedesubtul" apei.

Se pare că o parte a suferințelor și simptomelor rămân întotdeauna „sub apă". Acestea pot fi rezolvate prin intermediul autoîngrijirii. Acesta este, de exemplu, cazul suferințelor care sunt suportate ușor și care sunt nedăunătoare, sau al situațiilor când solicitarea ajutorului presupune o trecere dificilă de „suprafața apei".

În alte cazuri, ajutorul medicului de familie este totuși cerut, mai devreme sau mai târziu. Partea care se găsește „sub apă" devine o datorie de îndeplinit ca fază premedicală. Depășirea către faza medicală este determinată de factori foarte divergenți, cum ar fi: natura și gravitatea procesului de boală, modul în care se manifestă suferința, experiențele de dinainte, alimentarea expectațiilor cu privire la medic. De asemenea, factorii demografici, existența unor facilități și aspectele de comunicare au influență asupra faptului de fi solicitat deja sau de a nu solicita ajutorul.

Pentru medicul de familie, este important să aibă discernământ în aceste procese. El poate să exercite o influență în a depăși faza premedicală prin cea medicală. De asemenea, poate, dacă crede că există rațiuni pentru aceasta, să influențeze neconsultarea medicului. Dacă, de exemplu, un pacient dovedește că are un risc ridicat cu privire la o anumită boală, atunci o prea îndelungată autoîngrijire poate fi dăunătoare. Pe de altă parte, medicul poate să stimuleze autoîngrijirea prin oferirea de informații competente.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

O socoteală simplă ne arată că, în totalitatea lor, medicii de familie sunt vizitați în fiecare zi de 1,5% din populație. Aceasta nu înseamnă însă că restul populației se simte bine sau este sănătoasă. O parte a acesteia este în tratamentul specialiștilor în policslinici și spitale; o alta este preluată în așezăminte medicale, case de nașteri și altele asemenea. Iar alții, deși nu se simt sau nu sunt sănătoși, nu consultă (încă) nici un medic. Acest fenomen se va numi „fenomenul aisberg": o parte a suferințelor și bolilor rămâne invizibilă pentru medicul de familie deci, „sub apă".

Tocmai pentru că medicul de familie activează în prima linie a serviciilor medicale, și deci este primul martor al suferințelor și semnelor de boală care apar „deasupra apei", este important să se acorde atenție acestui fenomen în cadrul medicinii familiei. Întrebarea este ce procese și factori sunt determinante pentru trasarea granițelor. Dar și medicul de familie trebuie să se întrebe dacă are, și dacă da – în ce măsură are de exercitat o influență asupra acestei granițe. Ieșirea la suprafață a unei părți deosebite înseamnă că cineva devine *pacient* (vezi nota 1). Acest „devine pacient" este în fapt partea constitutivă a comportamentului de bolnav și presupune îndeplinirea unui rol social (vezi nota 2).

O parte a suferințelor și simptomelor rămâne „sub apă". Aceasta are diferite cauze, care pot fi ordonate gradual în diferite feluri. Gradualitatea este interdependentă de disciplina socială și de felul în care este privit comportamentul la boală. Noi o vom lua în considerare atât din unghiul medical cât și din cel social-științific astfel încât imaginile pe care le oferă să fie articulate împreună.

Sunt posibile câteva procese diferite.

a Cineva nu se simte bine, dar nu cere ajutorul unui medic. Suferința sau simptomul sunt atât de ușor de suportat încât nu se întreprinde nimic.

b Cineva nu se simte bine sau are o suferință care este suficient de mare pentru a vrea să întreprindă ceva. O vizită la medicul de familie nu este considerată încă necesară și el se limitează la *autoîngrijire*.

c Cineva nu se simte bine și are suferințe care nu cedează la autoîngrijire sau care rămân atât de persistente încât se ajunge la solicitarea ajutorului profesional. Perioada care se scurge între înregistrarea semnelor de boală și consultarea medicului de familie este numită, în concepția lui Weyel[1], *faza premedicală*.

Din figura 3–1 reiese că majoritatea suferințelor sunt contracarate fie prin autoîngrijire, fie prin neglijare[2]. Abia în 20% din cazuri se solicită ajutorul medicului de familie.

Trebuie însă să *se realizeze* că aplicarea autoîngrijirii se face în majoritatea cazurilor la suferințe și afecțiuni ușoare. Din alte cercetări rezultă că ajutorul medical este cerut în aproximativ jumătate din afecțiuni (vezi figura 3–2)[3]. Acest rezultat are în vedere cercetări în care s-a aplicat metoda „înregistrării

Scanned with OKEN Scanner

repetate" (vezi nota 3). În afara problemei „evitării sau non-răspunsului", rezultatele unei cercetări sunt determinate și de felul în care este definită *suferința*. Funcție de aceasta, se ajunge la un procentaj mai ridicat al cazurilor de antrenare în îngrijire a medicului de familie.

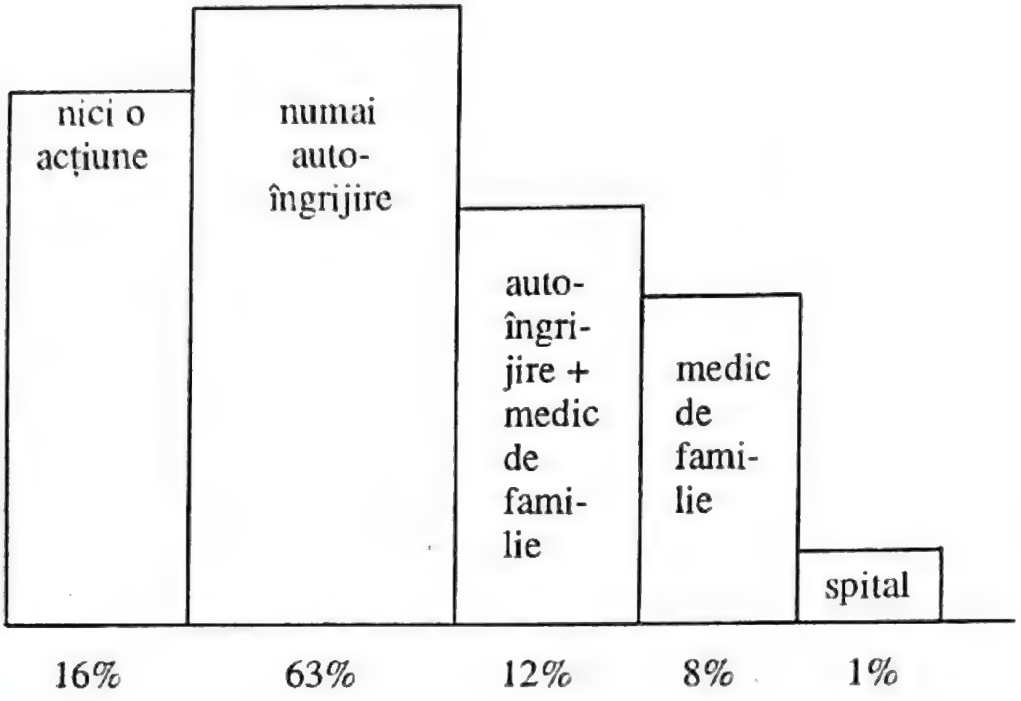


Figura 3–1
Ce fac oamenii în caz de suferințe și simptome.

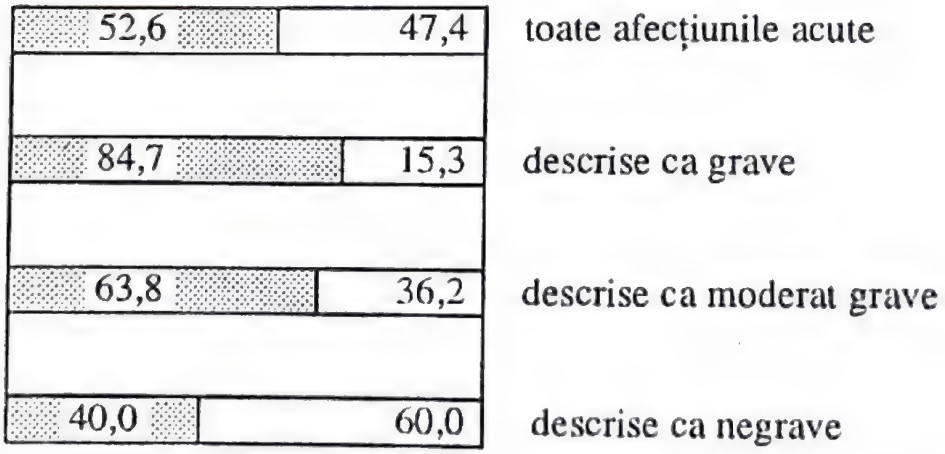


Figura 3–2
Solicitarea ajutorului în caz de afecțiuni acute, pe grade de percepere a gravității (în %).

▒ Medic consultat • Medic neconsultat

AUTOÎNGRIJIREA

Cei ce se restrâng la autoîngrijire rămân, în mod normal, în partea nevizibilă a aisbergului și nu pot fi puși în lumină decât printr-o cercetare anume orientată în acest scop.

Autoîngrijirea a existat întotdeauna, dar în ultimii ani i s-a acordat o atenție mai conștientă. Înainte vreme erau cunoscute numeroase mijloace populare de vindecare adaptate la felul bolii. Cunoașterea lor trecea din generație în generație. O dată cu dezvoltarea medicinii moderne, lucrurile s-au schimbat. Evoluțiile sociale au făcut posibile aceste schimbări și, în plus, multe cunoștințe incorecte despre tratarea bolilor au fost eliminate. Totuși, așa-numitul „sistem de referință la amatori" (vezi și capitolul 5) joacă încă un rol important. Adică cei mai importanți membri de familie și prieteni dau sfaturi despre ce se poate face în caz de îmbolnăvire. Din cercetarea realizată în Statele Unite, deja amintită (nota 3), reiese că sfătuitorii amatori funcționează în două treimi din cazuri; în celelalte cazuri, avizul a fost dat de un asistent medical, farmacist sau o persoană din această categorie.

Autoîngrijirea variază în funcție de categoria de boală. După toate aparențele, anumite suferințe și boli duc la solicitarea ajutorului mai repede decât altele.

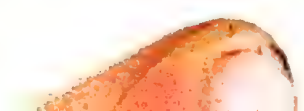
Până acum s-a considerat că autoajutorul se manifestă în special în interiorul familiei unde împrejurarea l-ar face de la sine-înțeles. Acum, când pentru mulți oameni rețelele sociale (vezi capitolul 11) în care se schimbă sfaturi pentru autoîngrijire au dispărut (cel mai bun exemplu al funcționării într-o rețea socială este ajutorul dat între vecini), a apărut nevoia unei sistematici dezvoltări a autoîngrijirii. Există însă diferite motive pentru care se promovează autoîngrijirea la variate grupuri de persoane.

a Există persoane care au nevoie să fie mai puțin dependente de cei ce oferă ajutor profesional. La aceste persoane există sentimentul că societatea este deja prea „medicalizată" (vezi nota 4), ceea ce ar duce la o din ce în ce mai accentuată poziție de dependență a pacientului. Această poziție devine de nesuportat pentru că la tot mai mulți oameni există tendința către autonomie ridicată și independență față de alții în felul de a gândi și simți.

b Grupuri care iau în considerare alte concepții asupra sănătății și bolii decât cele prin care medicina oficială imprimă impulsuri importante autoîngrijirii. De exemplu, promotori ai homeopatiei, antropozofiei și Științei Creștine aplică autoîngrijirea în cadrul concepției acestor direcții de gândire. Se poate și ca ajutorul alternativ (amator-profesional) să fie cerut.

c Mai recent au apărut grupări care sunt conștiente de daunele aduse oamenilor și mediului de către tehnologie. Aceste „grupări verzi" au adesea o aversiune față de medicina oficială nu numai în privința vătămărilor provocate (iatrogene), dar și în privința a ceea ce la punctul a s-a numit medicalizare.

d Mai sunt grupuri de pacienți dezamăgiți de ajutorul oferit de medicina oficială sau mai bine spus neoferit. Chiar și în absența acestei dezamăgiri, multora li se pare că este mai bine dacă se ajută unul pe altul. „Alcool Anonimus" (AA) este un exemplu de acest fel. În formarea grupărilor de



Scanned with OKEN Scanner

autoîngrijire, o serie de argumente joacă, cel mai adesea, un rol important[4,5]. O parte dintre acestea sunt orientate într-o anumită direcție, de exemplu insomnia sau îngrășarea. Alte grupe sunt mai orientate către anumite categorii de oameni, de exemplu, femei în promovare (grupele FP).

Avansarea autoîngrijirii și apariția grupelor de autoîngrijire sunt înregistrate de către un număr crescând de medici de familie, ca fiind evoluții pozitive. Un argument în acest sens este că multe suferințe, mai ales cele la care factorii psiho-sociali joacă un rol important, trebuie să fie rezolvate în special de către pacientul însuși. În această carte se va mai vorbi despre aceasta. În autoîngrijire se accentuează și propria responsabilitate a oamenilor. Acest principiu democratic este foarte important și pentru medicii de familie care pot diminua ponderea sentimentului de responsabilitate, deja exagerat, pentru sănătatea pacientului.

În plus, autoîngrijirea înseamnă o reducere a încărcăturii de lucru a medicului de familie. De asemenea, ea poate reduce costurile serviciilor medicale. Dar medicii respectivi sunt confruntați cu dilema că, pe de o parte, ei sunt suporterii autoîngrijirii, iar, pe de altă parte, nu vor să piardă ocazia de a interveni prompt pentru diagnosticare *timpurie sau tocmai la timp*.

Într-o serie de cazuri, ajutorul profesional este o prelungire a autoîngrijirii; aceasta este deci o parte componentă a fazei premedicale. În alte cazuri, autoîngrijirea presupune, prin desconsiderarea măsurilor curative, o rămânere „sub apă" a suferinței. În cele mai multe cazuri, aceste „boli auto-limitative" se referă la caracterul lor moderat. În societatea de azi, numai rareori se întâmplă ca o „boală auto-limitativă" care este resimțită ca gravă sau o afecțiune progresivă să rămână în afara sferei atenției medicului .

DE LA FAZA PREMEDICALĂ LA CEA MEDICALĂ

Ne vom ocupa acum de factorii care determină trasarea graniței dintre faza premedicală și cea medicală. Pentru aceasta sunt de luat în seamă de la început o serie de cauze care se găsesc în câmpul de observare al medicului de familie.

Factori ce sunt corelați cu natura suferinței

Anumite suferințe și simptome par să conducă în mod special la solicitarea ajutorului. Suchman[6] a chestionat 137 de pacienți care în cursul a două luni precedente investigației au suferit de boli din cele mai grave. În două din trei cazuri, cel mai important simptom a părut a fi durerea. În restul cazurilor, cele mai importante simptome au fost: febra, frisoanele și reducerea capacității respiratorii.

Brouwer și Touw-Otten[7] au cercetat în trei circumscripții în total 300 de „noi" cazuri de boală. Prelucrarea datelor a dus la concluzia că era o cazuistică de 242 de persoane mai vârstnice de 15 ani. Primele semne de boală s-au putut împărți astfel: durere 41%, tulburări ca mâncărime, tuse nedureroasă, 44%; alte semne descrise de pacient ca semne de boală, ca amenoree, nodul

pe sân, 7%; și în sfârșit, probleme necorelate cu „boala", ca anticoncepție, 8%. În grupa de „senzații de tulburare" s-au numărat mai ales afecțiuni de piele, răceală, sufocare, tuse și mâncărime. Localizarea durerii a fost indicată ca fiind la: membre, 17%; spate (mijloc), 15%; abdomen, 14%; umăr sau/și ceafă, 13%, piept, 11%; cap, 10%, în gât, 9%, alte părți, 11%. Durerea pare deci să joace un rol important în cererea ajutorului medicului, dar nu e nevoie ca ea să fie singura rațiune. O dovadă în acest sens este automedicația în proporție ridicată cu antalgice (tranchilizante de durere). Trebuie deci să existe și alți factori care contribuie la cererea de asistență medicală.

Factori ce se corelează cu natura procesului de boală

Se disting două procese globale de îmbolnăvire:

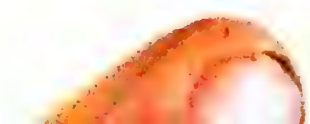
a Boli care evoluează către convalescență și refacere prin mobilizarea puterii de apărare a organismului. Acestea sunt așa-numitele „boli auto-limitative". În principiu, pentru aceste boli, pacientul nu are nevoie de nici un ajutor medical. Adesea însă, în practică, el este cerut nu numai pentru a limpezi felul semnelor de boală, dar și pentru a urgenta restabilirea și, dacă nu se dispune de putere de luptă cu boala, pentru a preveni o posibilă evoluție fatală. Bolile infecțioase fac parte din cele auto-limitative (ceea ce nu exclude eventualitatea că bolnavul poate muri!).

b Boli progresive, evolutive. Fără intervenția medicală procesul de boală continuă; intervenția medicală poate încetini sau stopa acest proces. Din această categorie fac parte afecțiunile maligne și cele degenerative, boli de îmbătrânire ca arterioscleroza.

În principiu, bolile numite la **b**, mai devreme sau mai târziu ajung la cunoștința medicului de familie și sunt plasate în vârful aisbergului. În practică însă nu se întâmplă întotdeauna astfel: procesul de boală poate avansa foarte încet, iar cauzele suferințelor pot fi atât de difuze (ușoare) încât necesitatea de a cere ajutor nu apare (de exemplu, la artroza de/cu deformare). Pentru bolile menționate la **a**, solicitarea ajutorului se corelează cu apariția lor în funcție de gravitate și cu factorii menționați mai jos care contribuie la comportamentul de bolnav al solicitantului.

Factori ce contribuie la suportarea suferinței

a *Axietatea.* Dintr-o cercetare a lui Brouwer și Touw reiese că frica și neliniștea au fost cele mai importante aspecte motivaționale ce au însoțit experiența neobișnuită a evoluției unei suferințe sau simptom. Mai ales durerea în piept a apărut ca cel mai important motiv de frică. Cât de îndelungat este procesul de decizie pentru prezentarea la medic rezultă mai ales din faptul că jumătate din pacienți așteaptă două săptămâni de la apariția primelor tulburări până la consultarea medicului de familie. Când perioada premedicală s-a dovedit cu puțin mai scurtă, aceasta s-a întâmplat pentru că frica a fost factorul ce s-a adăugat. Când perioada premedicală dura patru sau ceva mai multe zile, un rol mereu mai important era jucat de faptul că se trecea printr-o experiență neobișnuită de suferință. În ultimă instanță, intensitatea



Scanned with OKEN Scanner

durerii va influența amânarea sau nu a cererii îngrijirii medicale; această influență se manifestă la colici. Neliniștea ar putea fi urmarea presupunerilor ce se fac pe seama experienței prin care se trece: durerea în piept este întotdeauna pusă pe seama unui infarct, însă durerea de dinți este câteodată văzută ca neamenințătoare, dar de nesuportat. Unele forme de durere pot în sine să conducă la neliniște fără ca pacientul să fie speriat de „infarct". Durerile viscerale, cum sunt înțepăturile peritonale, pot adesea fi considerate ca amenințări existențiale. Kosa[8] este de părere că frica are două componente: o „frică fluctuantă (care vine și trece)", care este prezentă la fiecare individ în grade diferite și o „frică specifică", ce depinde de natura amenințării sub care trăiește. Dacă frica, în totalitatea ei, devine relativ mare, atunci omul este înclinat să o stopeze, ceea ce poate duce, între altele, și la un comportament de amânare a consultului medicului.

b *Durerea*. Suportarea durerii este o chestiune foarte personală, pe care și încordarea o poate influența. Destinderea fizică și psihică pot avea o influență foarte favorabilă. Din această categorie fac parte tehnicile yoga și de antrenament autogen. Trăirea durerii poate fi însă determinată foarte mult din punct de vedere cultural. Zborowski[9] a luat, în cercetarea lui devenită clasică, interviuri la 87 de bărbați cu hernie de disc (discală) și glaesies de măduvă. Reacțiile pacienților americani de origine evreiască și italiană au fost diferite de cele ale „bătrânilor americani" care au trăit de generații în America, mai ales de origine anglo-saxonă. Italienii au demonstrat că acasă au un comportament stoic „bărbătesc", dar în spital și-au dat drumul emoțiilor legate de durerea lor. Pacienții evrei erau emotivi și acasă și la spital. „Bătrânii americani" încercau să nu lase să se vadă în public nici o emoție. Italienii făceau mult caz pe seama disconfortului suferit la durere, în timp ce evreii și anglo-saxonii erau mai preocupați de semnificația durerii pentru starea lor de sănătate. Americanii evrei erau mai critici cu privire la folosirea mijloacelor antalgice și în general a tratamentului; anglo-saxonii le acceptau mai repede. Durerea are deci pentru aceste trei categorii de pacienți semnificații diferite. Această cercetare a clarificat de asemenea faptul că, pentru tratament, semnificația cunoașterii unor amănunte despre boala pe care o posedă pacientul este de foarte mare valoare. Se poate ține cont de aceasta în tot cursul tratamentului, dar ea intervine mai mult în privința expectațiilor pacientului.

c *Trăgaciul*. După Zola[10], unele simptome pot avea anumite semnificații și, ca atare, duc la solicitarea ajutorului. Pentru un puber, un coș pe față îl deranjează mai mult pentru că este vizibil; varicele, după cum sunt mai mult sau mai puțin evidente; sau pilozitatea; toate acestea pot acționa ca un trăgaci (în sensul că trăgaciul este cel ce declanșează).

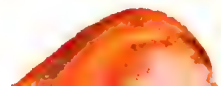
d *Experiențe premergătoare suferințelor sau simptomelor*. Acestea sunt co-determinate cultural: astfel, experiențele de viață de pe scara de jos a

societății diferă de cele ale celor mai sus plasați. Mechanic și Volkart[11] consideră că un grup de patru factori contribuie la formarea semnificației (înțelegerii) suferinței astfel încât ei influențează cererea de ajutor. Aceștia sunt: **a** frecvența de apariție a unei boli sau suferințe într-o parte a populației, **b** faptul că nu se înșală asupra simptomelor, **c** expectația care are în vedere gravitatea bolii și deci a prognozei, **d** amenințarea cu care se însoțește condiția de a fi bolnav. Primii doi factori fac parte din identificarea și (re)cunoașterea bolii, ultimii doi fac parte din cunoașterea pericolului pe care îl poate aduce cu sine suferința sau simptomul. Dacă un anumit simptom este recognoscibil de către respectivii suferinzi, cât timp nu este supraevaluată gravitatea lui, atunci este vorba de o „boală de rutină". Este de înțeles faptul că acestea nu duc adesea la solicitarea ajutorului.

e *Expectații ce sunt întreținute din punctul de vedere al ajutorului medical.* Expectațiile pe care pacientul le întreține sunt legate de experiențele anterioare. Foarte importantă este însă și influența exercitată asupra lui de către informații, între altele, cele care circulă prin mijloacele mass-media. Aceasta reiese dintr-o ridicare a ponderii solicitării ajutorului după vizionarea unor programe informative de la televiziune, ca cele despre cancerul de sân și altele asemenea. Aici nu este atât vorba de expectații cât de faptul că atenția este orientată către anumite boli și este indusă frica pentru acestea.

f *Afecțiuni somatice sau psiho-somatice.* În acest cadru vrem să scoatem în evidență încă un aspect. Se pare, mai exact, că există o deosebire vizibilă între suportarea unei boli sau suferințe de către bolnav după cum aceasta este somatică, psiho-somatică sau psiho-socială. Pentru mulți, numai o boală somatică este de luat în seamă. O afecțiune psihosomatică sau, respectiv, psihosocială este înregistrată ca ceva pentru care individul poate singur interveni: omul însuși este în general cauza lor. De aceea un pacient este des în căutarea unei explicații corecte a suferințelor lui în caz de diagnoză somatică. Dintr-o cercetare a lui Blackwell[12] reiese că la membrii clasei superioare există un mare acord asupra faptului că a căuta îngrijire pentru afecțiuni somatice are sens; omul este de fapt dator să o facă. În cazul afecțiunilor psihosomatice și psihosociale, acordul este diminuat; omul așteaptă mai îndelung până să ceară ajutorul și încearcă întâi singur să ajungă la o rezolvare. Automedicația este aplicată mult, și pentru aceasta sunt consultați prieteni și relații din „sistemul de referință la amatori".

g *Reglementări care obligă la solicitarea ajutorului medical.* De o cu totul altă natură este influența pe care o exercită reglementările din cadrul legislației de boală. Pentru acestea, determinant este faptul că, pentru a primi ajutor bănesc de boală, o persoană trebuie să fie sub tratament medical un timp mai îndelungat. Nu de puține ori se poate observa efectul acestei reglementări în cazul când cineva, după un an de „supunere" la legislația de boală, trece în categoria WAO (Legislația pentru Incapacitate de Muncă). Atunci



Scanned with OKEN Scanner

cade obligativitatea de a fi sub tratament și deci mulți pacienți își consultă medicul de familie cu mult mai puțin sau deloc pentru afecțiunile respective.

FACTORII DE AMÂNARE

Până acum s-a vorbit despre un număr de factori care influențează solicitarea ajutorului. Unii acționează în direcția accelerării, alții, în cea a remanenței. Vom vorbi în cele ce urmează despre factorii numiți de amânare sau de expectativă. Resimțirea anxietății cauzează foarte mult acțiunea acestor factori. În afară de cererea rapidă de ajutor, frica poate conduce și la „amânarea de către pacient" a procesului de îngrijire. Prin ceea ce am numit „amânare de către pacient" a solicitării înțelegem un fapt cauzat de factori ce stau în puterea pacientului. (Prin „amânarea de către doctor" se înțelege faptul că amânarea diagnosticului și tratamentului este cauzată de medic sau de instituția medicală, cum este cazul așteptării pentru a se face loc în orarul de consultații, netrimiterii la timp a pacienților la specialist, neoperarea la timp etc.)

Se pare că mai ales frica de cancer duce la „amânarea de către pacient". Având în vedere malignitatea acestei boli, amânarea este în mod foarte cert de înțeles; frica este indusă de evaluarea justă sau injustă a posibilităților pe care le poate oferi un tratament. Cancerul provoacă de aceea mai multă frică decât boli ca poliomielita, artrita sau tuberculoza. Aitken-Swan și Paterson[13] au efectuat în Anglia o cercetare pe 2 700 de pacienți cu cancer de sân, piele, cervical sau oral. A rezultat că 45% dintre pacienți au consultat medicul abia după trei luni sau mai mult de la descoperirea simptomelor, 17%, numai după un an, în timp ce un număr de pacienți au îndurat pasiv suspectarea cancerului. Alături de acestea, există o categorie de pacienți care reacționează cu frică la cel mai neînsemnat semn de cancer și descriu ei înșiși în acest fel reacția lor – ei se prezintă repede la medicul de familie. De asemenea, frica de a cunoaște diagnosticul poate duce la amânarea solicitării ajutorului, ca formă de autoconservare. Cobb[14] a stabilit că în cazul unora frica acționează paralizant, dar aceasta nu este atât de mult o explicație în sine. Rosenstock[15] a stabilit în mod cert că frica de cancer apare mai mult la cei cu nivel scăzut de educație și la cei ce știu mai mult despre boală.

Dacă cineva a avut de-a face în cursul vieții sale cu bolnavi de cancer, atunci se pare că el devine înclinat să ceară ajutorul mai târziu decât cel ce nu a fost confruntat mai înainte cu experiențele celor afectați de cancer. Din cercetarea deja citată a lui Kasl și Cobb rezultă că bătrânii sunt mai înclinați decât tinerii să amâne consultul. Aceasta nu înseamnă că vârstnicii consideră cancerul ca mai curând nevindecabil, ci se bazează pe faptul că vindecarea depinde și de vârsta înaintată. Probabil că la ei este prezentă și o mai mare înclinație spre a ține cont de o boală, față de tinerii care au o viață întreagă înainte.

Kuyvenhoven și Touw[16] dau ca explicație probabilă faptul că la cei cu mai mare „frică fluctuantă" – care după Kosa este resimțită de oricine – se adaugă

Scanned with OKEN Scanner

o „frică specifică" (ca urmare a resimțirii a suferinței sau a simptomului), astfel că sentimentul de frică în totalitate devine atât de mare încât aceștia sunt predispuși să dezvolte un comportament imprevizibil. Acesta este de depistat mai ales la oamenii sub impact hipercronic sau la persoane din medii de viață în care există instanțe înfricoșătoare.

De asemenea, rușinea poate duce la „amânarea de către pacient". În practică, oamenii au o reținere în a-și dezveli o parte a corpului. Poate fi jenă și rușine în legătură cu sâni prea mici sau prea mari, organe genitale masculine mici, burtă revărsată sau spinare cocoșată ca și tumoarea canceroasă pe penis sau tumoarea canceroasă ulceroasă a organelor genitale feminine. Nu de puține ori oamenii asociază aceste boli cu o pedeapsă pentru un păcat sau ceva nemeritat; poate apărea chiar sentimentul de inutilitate, de devalorizare.

Din cele arătate mai înainte – și din nota 3 – reiese că solicitarea ajutorului la apariția unei boli este determinată de factori foarte diferiți. Global vorbind, cineva se poate aștepta ca cele mai multe afecțiuni progresive să ajungă „deasupra apei" și tot astfel și „bolile auto-limitative" grave; cazurile mai ușoare din ultima categorie pot însă să rămână insesizabile pentru medicul de familie.

STATISTICI DEMOGRAFICE DESPRE SOLICITAREA AJUTORULUI MEDICAL

Despre solicitarea ajutorului sunt și alt fel de date decât cele discutate până acum. Pentru o bună înțelegere a acestui fenomen, și aceste noi informații pot aduce o contribuție. Ele pot constitui însă o problemă atunci când doi factori se influențează reciproc în: **a** diferențierea comportamentului de boală și **b** diferențierea apariției bolilor. Este important să se țină cont de această distincție în studierea acestui paragraf!

S-au întreprins multe cercetări pentru a evidenția relația dintre factorii: vârstă, sex, religie, educație, aspecte etnice și socio-economice, și apariția bolilor, respectiv solicitarea ajutorului. Aceste cercetări sunt adesea rezultatul secundar, suplimentar al înregistrării morbidității sau al cercetărilor epidemiologice. Există într-adevăr deosebiri între felul de apariție a bolilor la anumite categorii de pacienți de exemplu, dar acestea nu pot contribui prea mult la explicarea rezultatelor găsite (cu excepția celor privind vârsta și sexul). Aceasta furnizează mai curând o explicație la îndemână pentru că o explicare adevărată este foarte complicată. Kosa și alții[17] au arătat cât de complicată este, de exemplu, explicarea relației dintre sărăcie și sănătate. Ei rezumă astfel explicația:

a vârsta și sexul sunt doi factori pregnanți atât în relația cu sănătatea, cât și în cea cu sărăcia. La vârste înaintate se așteaptă mai multe boli în timp ce sărăcia poate să fie mai scăzută. Femeile au o morbiditate mai redusă decât bărbații și ele suferă mai puțin de pe urma „bolilor majore". Ele sunt mai expuse la riscul de sărăcie. Femeile și bărbații din aceeași categorie de vârstă nu sunt deci considerați în același fel.

Scanned with OKEN Scanner

b Deși unele grupe etnice dovedesc a avea cifre ridicate de deces la anumite boli, nu există rațiuni pentru a conchide că o rasă sau un grup etnic este mai slab sau mai neputincios din punct de vedere biologic, sau mai bolnăvicios decât un altul. Grupurile etnice au fost privite în Statele Unite ca fiind subculturi cu obiceiuri specifice, deosebite de cele ale modelului-clasei-de-mijloc. Aceste deosebiri culturale sunt implicate nu numai în alimentație, igienă, modele de locuire – toți factori ce sunt capabili, susceptibili de a induce modificare – dar și în alte aspecte fundamentale cum ar fi modul în care omul se comportă în cazul sentimentului de frică, cum obține cunoștințe medicale și cum ajunge să introducă măsuri de prevedere. Într-un astfel de context se poate vorbi despre faptul că riscul de sănătate deteriorată și sărăcie într-o subcultură depinde de măsura în care ea diferă de normele clasei-de-mijloc. Se cere înțeles faptul că din punct de vedere cultural devierea de la normele în vigoare constituie o situație complicată, ce nu poate fi analizată cu certitudine. Emigranții evrei care, în 1910, trăiau în marile orașe din Statele Unite erau săraci și aveau un model cultural deosebit de cel al clasei-de-mijloc. Ei se bucurau totuși de o stare bună de sănătate și aveau una dintre cele mai scăzute cifre ale mortalității infantile!

c Alte cauze ale bolilor ca și ale sărăciei sunt de găsit în modelul de interacțiune socială: căsătoria, izolarea socială, emigrarea, pierderea statutului și altele de acest gen. În toți acești factori rezidă cauze potențiale ce subrezesc o poziție socială cu toate riscurile pe care aceasta le presupune, inclusiv cu privire la sănătate și boală.

d Anumite obiceiuri de domeniul consumului de alcool, droguri, fumat și alimentație pot să influențeze atât sănătatea cât și sărăcia.

e Sărăcia însăși poate juca un rol foarte important prin aceea că este un factor de îmbolnăvire! Prin multi-cauzalitatea bolii ca și a sărăciei, acestea se dovedesc a fi într-o interdependență strânsă.

Relația în funcție de sexul pacientului

Acum ne vom ocupa mai mult de datele oferite de Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din Practica Medicului de Familie pentru a înțelege mai bine deosebirea dintre femei și bărbați cu privire la comportamentul față de boală. Din tabelul 3–1 reiese că femeile solicită ajutorul mai mult decât bărbații.

Tabelul 3–1
Totalul incidenței și prevalenței în relație cu sexul pe 3 luni la 1 000 de pacienți (Preluat de la Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din Practica Medicilor de Familie).

	bărbați	*femei*
incidența	389,1	517,4
prevalența	748,8	1146,4

(Pentru explicarea noțiunilor „incidență" și „prevalență", vezi pp. 99–100.)

Scanned with OKEN Scanner

În relație cu vârsta, conform instituției citate mai sus, atât incidența cât și frecvența consultației în serie (prevalența) este mai ridicată la femeile mai vârstnice de 4 ani decât la bărbații de aceeași vârstă.

Mai ales la categoriile de vârstă de 15 până la 44 de ani și de peste 65 de ani, diferența dintre bărbați și femei în privința frecvenței de solicitare a ajutorului este cea mai ridicată.

În primul rând, aceste diferențe pot fi puse pe seama faptului că numai la femei apar și există unele boli, în relație mai ales cu graviditatea, nașterea, controlul nașterilor, boli mamare și ale aparatului genital.

În al doilea rând, se pare că un număr de boli apar mai mult la bărbați, iar altele la femei. În tabelul 3–2 sunt date câteva exemple în acest sens. Astfel, într-o

Tabelul 3–2

Unele exemple ale diagnozelor emise în practica medicului de familie diferențiate după frecvența lor la bărbați și femei (Preluat de la Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din Practica Medicilor de Familie).

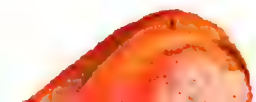
Prevalența pe 3 luni la 1 000 de pacienți

Mai mult la bărbați decât la femei:

	bărbat	*femeie*
Infarct de cord mai vechi	6,9	2,8
Lombago	10,0	7,6
Hernia nuclei pulposi	3,6	2,7
Emfizem	4,9	1,5
Ulcer duodenal	2,7	1,4

Mai mult la femei decât la bărbați:

	bărbat	*femeie*
Hipertensiune necomplicată	32,9	56,5
Mialgie/fibriloză	16,8	21,5
Migrenă	1,9	6,5
Anxietate/nervozitate	13,3	28,4
Tulburări ale somnului	11,4	27,8
Diabet zaharat	9,3	14,6
Incontinență urinară	1,6	5,8
Cistită	4,3	21,3
Sindromul colonului iritativ	3,3	8,9



Scanned with OKEN Scanner

serie de suferințe această corelare este explicabilă. Anemia la femei este parțial cauzată de pierderea de sânge în timpul menstruației. Cistita intervine mai mult la femei decât la bărbați din cauza deosebirilor anatomice. Tumoarea canceroasă pulmonară apare mai mult la bărbați pentru că, până acum, aceștia fumează în medie mai mult decât femeile. O explicație mai aprofundată este însă mai complicată: varicele pot apărea mai des la femei în timpul sarcinii, dar, pe de altă parte, este de așteptat ca femeile să înregistreze cu mai multă gravitate apariția varicelor și deci să ceară mai repede să fie tratate.

În al treilea rând, este de presupus că – deși este foarte dificil să se obțină date concludente – comportamentul față de boală al femeilor este deosebit de cel al bărbaților. În legătură cu aceasta trebuie remarcat faptul că bărbatul, datorită exercitării unei profesii, nu are întotdeauna timp să meargă la medic. Pentru o parte a „indispozițiilor minore" el se va adresa medicului de întreprindere ce îl poate ajuta în caz de durere în gât, tuse și altele. Chiar și răniri ușoare pot fi tratate în întreprindere. O gospodină (neangajată în serviciu) trebuie să meargă pentru oricare dintre aceste afecțiuni la medic, cel puțin la ora de consult neprogramată. În plus, când merge la medic pentru copii, ea aduce vorba și de suferințe proprii. Interesantă din acest punct de vedere este cercetarea lui Van der Velden[18] care evidențiază că gospodinele se prezintă la medic chiar mai des decât femeile necăsătorite de aceeași vârstă. Conform acestei cercetări, cu excepția cazurilor de obstetrică (dar cu includerea cazurilor de ginecologie și de control al nașterilor), la medicul de familie se prezintă femei căsătorite, între 20 și 30 de ani de aproape 1,5 ori mai mult decât cele necăsătorite de aceeași vârstă! Nu s-ar putea trage de aici concluzia că a fi necăsătorită echivalează cu a fi mai sănătoasă, ci mai degrabă concluzia că este vorba de o deosebire în comportamentul față de boală ce însoțește cele două condiții de a fi. Se pune de asemenea întrebarea dacă un anumit model cultural de așteptare (expectanță) poate interveni în a influența, din punctul de vedere al femeii sau bărbatului, solicitarea ajutorului medical. În ciuda evoluțiilor legate de emancipare, este femeia căsătorită cea căreia i se îngăduie mai mult să joace rolul de suferindă care se plânge? Joacă un rol și împrejurarea că în Olanda 97% din medicii de familie sunt bărbați?

Asemenea întrebări nu-și găsesc răspunsuri sigure; dar este sigur că în spatele datelor simple, conform cărora 60% din consulturi și vizite sunt consacrate femeilor și 40% bărbaților, se ascunde o explicație complexă.

Relația cu vârsta pacientului

În privința consumului de servicii medicale, există o relație a acestuia în funcție de vârstă. Datele oferite de Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din Practica Medicilor de Familie relevă, în tabelul 3–3, o astfel de relație.

Diferența se manifestă mai ales în cifra consulturilor: categoriile între 0 și 4 ani și vârstnicii contactează foarte des medicul. Pentru copiii mici între 0 și 4 ani, incidența este cam de 2 ori mai ridicată decât în cazul altor categorii de vârstă. De aici trebuie să conchidem că în grupa 0–4 ani apar mai multe boli și situații care duc la solicitarea de către părinți a ajutorului, dar că, pentru

Scanned with OKEN Scanner

fiecare caz de boală, contactele sunt puține (deci diferența dintre „multe cazuri" – „număr contacte pe un același caz").

Tabelul 3–3
Relația dintre incidența și prevalența totală, pe 3 luni la 1 000 pacienți și vârsta (Preluat de la Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din Practicile Medicilor de Familie).

Vârsta	*0–4*	*5–14*	*15–24*	*25–44*	*45–64*	*65–74*	*75+*
incidența	607	366	442	460	443	459	527
prevalența	778	503	725	819	1120	1624	2177

Din contră, bătrânii se pare că solicită mai puțin ajutorul, dar că acesta este cerut o singură dată și el implică în medie nevoia de mai multe contacte. Trebuie să se realizeze faptul că 25% din contactele pentru grupa 0–4 ani sunt consacrate activităților de prevenție; încă 25% se înscriu pentru bolile căilor respiratorii superioare și 6% pentru bolile infecțioase „de copilărie". La bătrâni este vorba mai ales de boli cronice care presupun ultimativ multe contacte. Deci nu numai natura bolii influențează direct modelul după care este solicitat ajutorul dar și vârsta este un factor important în acest sens. Bătrânii sunt înclinați să descrie o suferință ca pe ceva depinzând de vârstă; ei nu se adresează așa de repede medicului. Acest fapt poate eventual să explice, ca și în categoriile 15–44 de ani și 45–64 de ani, că cel puțin incidența la bătrânii cu vârstă mai mică de 75 de ani este relativ mai scăzută.

MODELUL DE COMPORTAMENT CA EXPLICAȚIE A SOLICITĂRII AJUTORULUI MEDICAL

În afara aspectelor demografice mai sunt și alți factori ce joacă un rol în solicitarea de ajutor medical. Cassee[19] distinge un număr de trei factori:

a *posibilitatea de consum (al serviciilor medicale)*: disponibilitatea și accesibilitatea dotărilor, serviciilor medicale;

b *înclinația către consum*: complexul (de factori) pe care îl posedă un individ de a dispune mai mult sau mai puțin de consumul medical (= a face uz de serviciul medical); această înclinație este deja prezentă când este vorba de o anumită perioadă–de–boală;

c *nevoia de consum (consumul de nevoie)*: faptul de a resimți gravitatea unei boli.

Acești trei factori nu sunt, în general, întotdeauna prezenți într-o măsură accentuată. Înclinația către consum și consumul de nevoie au mai fost deja abordate în acest capitol, astfel că ne vom limita acum doar la discutarea

Scanned with OKEN Scanner

posibilității de consum. Disponibilitatea și accesibilitatea medicului de familie sunt determinate de: factori geografici, factori de comunicare (comunicaționali), factori financiari și de „dispensabilitatea" pacientului.

Factori/aspecte geografice

Se pare că există deosebiri regionale în solicitarea ajutorului medical. Conform citatului Studiului Național al Bolilor și Performanțelor din Practicile Medicilor de Familie, diferențierea dintre incidență și prevalență este corelată atât cu deosebiri regionale cât și cu gradul de urbanizare, așa cum reiese din tabelele 3–4 și 3–5.

Tabelul 3–4
Incidența și prevalența pe 3 luni la 1 000 pacienți după gradul de urbanizare.

	incidența	*prevalența*
mediul rural	420,5	962,4
mediul rural urbanizat	462,1	918,7
orașe (de peste 50 000 loc.)	503,3	1005,5
orașe mai mari	432,7	907,5

Tabelul 3–5
Incidența și prevalența pe 3 luni la 1 000 pacienți după regiuni ale Olandei.

	incidența	*prevalența*
Olanda de Nord	428,5	986,2
Olanda de Mijloc, Centrală	443,0	926,2
Olanda de Sud	495,5	1002,2

Explicația pentru această situație nu este simplă. Se poate presupune că locuitorii din mediul rural au o altă atitudine față de suferință, dar diferența se mărește dacă se ține seama de dificultățile întâmpinate pentru a ajunge la medicul de familie în mediul rural. Pentru Olanda, această situație nu este valabilă decât pentru unele zone îndepărtate.

McKinlay se referă la câteva cercetări cu acest obiect, din care însă nu reiese prea precis ponderea rolului jucat de distanța dintre medic și pacient.

Scanned with OKEN Scanner

Weisz și Grienlick[20] au arătat că distanța geografică are o oarecare influență asupra solicitării ajutorului (mai ales distanțele mai mari de 35 de km), dar, influența apartenenței la o clasă socială este mai mare. De asemenea, este probabil că medicul de familie din mediul rural lasă să se vadă o altă atitudine decât cea a colegilor lui din orașele mari.

Aspecte comunicaționale

Asupra relației medic–pacient se va vorbi în capitolul 6. Aici se vor face numai câteva remarci. După McKinlay, birocratizarea organismelor de asistență medicală conduce întotdeauna la faptul că „oficialii" solicitați să acorde ajutor dețin o anumită poziție în raporturile cu clienții, ceea ce aduce cu sine o limitare a asistenței pe care ei o oferă. El arată că din cercetări consistente efectuate în țări anglo-saxone reiese că, în special în păturile sociale de jos, ajutorul efectiv primit este nesatisfăcător.

Aceasta depinde, între altele, și de faptul că cei ce acordă ajutor, ei înșiși aparținând clasei-de-mijloc – vezi nota 5 – datorită propriilor lor norme, valori și stil de viață, nu pot cunoaște și înțelege suficient de bine problemele păturilor sociale de jos, tot atât de bine ca pe cele ale cosocialilor din clasa-de-mijloc. Reprezentanții păturilor sociale de jos se exprimă, în plus, într-o altă manieră decât ar putea să înțeleagă cu ușurință cei ce acordă ajutor, pe când cei din urmă, la rândul lor, folosesc termeni care nu pot fi înțeleși ușor de acei pacienți. Aceasta conduce la disturbări ale comunicării ce pot influența cererea de ajutor. În acest cadru este de plasat și relația dintre medicul de familie și pacient. Trebuie să se recunoască faptul că modelul de reacție – maniera în care cere sau nu cere – este dependent și de subcultura la care aparțin cei implicați în relație. Astfel, un comportament ce poate fi descris de medic ca fiind un comportament de subconsum (subutilizare a serviciilor medicale), să fie de fapt, într-o anumită subcultură, un comportament normal. Se poate considera că aceste remarci nu se referă numai la grupurile sociale de jos, ci și la subgrupe ca martorii lui Jehova, oameni de știință, creștini, țigani și hippies. Ceea ce este descris de către un medic, din perspectiva lui, ca fiind un comportament „asocial" poate fi într-o mare măsură social într-un cerc relativ. În eventualitatea că medicul ce acordă asistență se află, din punct de vedere social, aproape de pacient, este mai probabil ca acest fapt să influențeze măsura în care ajutorul lui este solicitat. Este foarte probabil să se considere că „doctorii desculți" din China sunt confruntați cu un alt model de conduită comportamental decât, de exemplu, medicii de familie din Olanda.

Sistemul nostru medical în vigoare este evident bazat pe modelul de viață al clasei-de-mijloc, pe care profesionalizarea medicinii îl accentuează. Chiar și medicii de proveniență socială joasă adoptă modelul clasei-de-mijloc. Este de așteptat ca avansarea progresivă a tehnologiei și birocrației în medicină să facă să se mărească încontinuu prăpastia dintre anumite subculturi. Este și exemplul multor tineri care, având nevoie de ajutor medical propriu-zis, îl cer de la Centre de Avizare a Tinerilor (JAC – Jongen Advies Centra)[21]. Evident, ei denotă o prea mare opoziție la a se prezenta la medicul de familie. Pe de altă

Scanned with OKEN Scanner

parte, este remarcabil că se utilizează relativ mai puțin direct (adică fără ca un pacient să fi fost în tratamentul cuiva cel puțin o dată, cel puțin pe durata unei intervenții) serviciile oferite de vraci, descântători și alți vindecători incompetenți; se poate totuși presupune că prăpastia culturală dintre aceștia și mulți solicitanți ai ajutorului lor este mai mică.

O altă problemă de comunicare specifică se ridică în cazul oferirii de ajutor medical angajaților străini. În afara barierei de limbă, care face imposibil schimbul nuanțat de idei în cele mai multe cazuri, mai există și o mare deosebire culturală. Foarte multe suferințe și simptome au pentru străini o cu totul altă semnificație decât pentru olandezi. Comportamentul de boală al angajaților străini, arată Van der Bruggen[22], este determinat parțial de cultul religios și de tradiție. Noțiuni ca „onoare" și „rușine/dezonoare", „puritate" și „impuritate", „sfânt" și „tabu" au un rol important pentru aceștia. El atrage atenția asupra importanței folosirii metonimiilor și metaforelor. În acest context, *metonimia*: numele unei boli, numele unei persoane, poziția față de acea boală, poziția față de acea persoană; adică ideea de „pars-pro-toto" (lat.) adică vorbirea în imagini prin sugerarea întregului printr-o parte a acestuia (uneori reprezentativă). *Metafora*: evocarea a ceva prin echivalentul sau asemănătorul acestuia, de exemplu, „o ușă deschisă este o cale neîncheiată pentru o plăcere, bucurie"; există deci un accentuat caracter magic al gândirii medicale.

Jongmans[23] arată, în legătură cu aceasta, cât de mare influență exercită condiția de a fi bolnav asupra relației cu membrii de familie de acasă. Multe suferințe sunt exprimate simbolic. Este de la sine înțeles că dacă un medic nu este la curent cu semnificația pe care o dă un pacient unei boli, sau cu cea pe care o folosește în a se exprima, distanța dintre cei doi devine de neparcurs.

Aspecte financiare

Se pune întrebarea dacă incapacitățile financiare influențează consultarea medicului de familie. Rezultă însă că acesta nu este cazul Olandei. Unele cercetări au arătat că există un consum medical ceva mai ridicat la asigurații minimali (obligatorii) față de asigurații particulari. Dintr-o cercetare recentă a lui Mootz[24] reiese însă că apelarea medicului de familie depinde de o serie de variabile (înclinația către consum și consumul de nevoie, sex, vârstă și educație), la care nu se adaugă calitatea de membru la o societate de asigurări medicale obligatorii.

Disponibilitatea

Se pare că cei ce-și pot neglija cu ușurință serviciul – în general, cei ce se află în salarizarea cuiva – pot ceva mai ușor să-și consulte medicul de familie[25]. În special în cazul de-sine-stătătorilor și muncitorilor agricoli se observă că prezența lor la locul de muncă constituie un impediment în consultarea medicului. Aceasta este valabilă și pentru mamele cu copii mici. Vezi mai departe, nota 6.

Scanned with OKEN Scanner

ACTIVITAȚILE DE DIAGNOSTICARE TIMPURIE ALE MEDICULUI DE FAMILIE

Până acum ne-am ocupat de factorii ce sunt determinanți pentru partea aisbergului care este deja sau nu este sub apă. Inițiativa trecerii de la o parte la alta a aparținut până acum pacientului și ofertei serviciilor medicale. În introducerea acestui capitol ne-am întrebat dacă medicul de familie trebuie să exercite o influență asupra acestui proces, și dacă da, cât de mult poate și trebuie să facă acest lucru. Este vorba despre depistarea acelora care nu se simt bolnavi, dar la care, în ciuda acestui fapt, există totuși un proces de boală.

Last[26] a fost unul dintre primii cercetători care a atras atenția asupra acestei probleme. El a pus în legătură date furnizate de o cercetare pe morbiditate a 106 medici ai familiei din Anglia și Wales, efectuată între 1955–1956, cu rezultatele diferitelor cercetări în rândul populației asupra anumitor boli și suferințe. El a stabilit astfel că multe cazuri de anemie, hipertensiune, artrită reumatică, afecțiuni bacteriene și psihiatrice treceau neluate în seamă de medicul de familie. Deși nu este întru totul corectă corelarea datelor din diferite cercetări, se impune totuși concluzia că un număr considerabil de boli, suferințe și afecțiuni rămân „sub apă", lucru care reiese și din numeroase alte cercetări. Dool[27] a efectuat în cadrul practicii sale din Stolwijk de mai multe ori cercetări centrate pe o anumită boală concomitent cu efectuarea unei cercetări complete de medicină preventivă pe un număr limitat de persoane. În înregistrările statistice multiple realizate de el și-au găsit loc următoarele aspecte: procentajul de hemoglobină din sânge, albumina și glucoza din urină, înălțimea și greutatea, tensiunea sângelui, fotografia toraxului și, la una din cercetări, și ECG-ul (electrocardiograma) și capacitatea vitală a plămânilor.

Prin mijlocirea unei cercetări mai largi de medicină preventivă, se poate însă obține cea mai bună cunoaștere a existenței acelor boli și afecțiuni cu care medicul de familie nu este la curent: în cazul acestor cercetări are loc o investigare corporală și de laborator completă. Într-o cercetare efectuată de către Van den Dool pe 100 de persoane, s-au găsit anormalități în procent de 4,8 bărbați și 5,4 femei; majoritatea acestora au beneficiat de o cunoaștere medicală mai deformată. Prin faptul că obezitatea, anormalitățile ortopedice și varicele nu au fost numărate în rândul bolilor înregistrate, rezultă că, din 200 de anormalități restante, numai 36 au fost aduse la cunoștința medicului de familie. Cel puțin o parte a acestor anormalități erau cunoscute pacientului. Altele, ca de pildă anemia, au trecut neobservate și pentru pacient.

Din înregistrarea statistică multiplă a unei populații de cercetare, selectate de 2 938 de persoane rezultă că 7 sufereau de diabetul zaharat fără ca acestea să știe; 16 persoane aveau curbe ale hiperglicemiei provocate anormale. În alte 70 de cazuri s-au descoperit boli inconștient suportate ale căilor urinare, din care 7 cazuri de cistită, un caz de nefrită acută și unul de nefrită cronică. S-au descoperit multe cazuri de hipertensiune cu care persoanele nu erau la curent, din care 3 erau grave.

Scanned with OKEN Scanner

Bergsma[28] a efectuat o cercetare de medicină preventivă pe 597 de bărbați și femei între 44 și 55 de ani. Anormalitățile găsite prin această cercetare au fost în majoritate afecțiuni circulatorii și tulburări emoționale. Din totalul anormalităților constatate, 73,7% la bărbați, și 67,8% la femei, erau necunoscute medicului de familie (în sensul că nu era la curent cu faptul că pacienții săi le aveau); în principal, acestea erau afecțiuni ușoare. Numai în cazul a 7 femei cercetarea a avut consecințe asupra diagnosticului timpuriu. Fuldauer[29] a găsit, într-o cercetare de medicină preventivă pe bătrâni, în medie 3 anormalități pe persoană, din care aproximativ între o treime și o jumătate erau necunoscute medicului de familie, dar numai 3,5% din ele puteau fi descrise ca grave.

Aceste trei cercetări au relevat parțial în ce constă partea aisbergului care rămâne sub apă. De ce anume este cauzată partea rămasă sub apă a aisbergului? Acestei probleme i se pot da diferite explicații:

a Caracterul asimptomatic al anormalităților. Într-o serie de cazuri, procesul de boală nu cauzează nici o suferință și nici un simptom, lucru pentru care procesul rămâne neremarcat de pacient, cum este cazul cu artrita deformativă.

b În alte cazuri pot apărea semne, dar care pot să nu fie interpretate de pacient ca semne de boală. Acesta poate fi cazul cu constipația la un bătrân care ar descrie-o ca „normală" în timp ce ea ar putea fi un simptom de tumoare canceroasă pe colon. Și cu femeile din jurul vârstei de 50 de ani se întâmplă ceva asemănător; la ele apar multe suferințe „de tranziție". Acestea se referă de exemplu la sângerări neregulate, care pot să fie și cauze ale unei afecțiuni maligne.

c În alte cazuri poate fi vorba de cunoașterea în funcție de care se răspunde la întrebarea dacă o boală este sau nu prezentă. Aceasta se pune mai ales când diagnoza se formulează pe baza determinărilor biometrice, cum este cazul stabilirii anemiei pe baza procentajului de hemoglobină din sânge, hipertensiunii pe baza măsurării tensiunii sângelui, sau în ACRA (afecțiune cronică respiratorie aspecifică) pe baza investigării funcțiilor pulmonare. Care valori ale testelor sunt normale, care nu?

Poate cineva să aspire la o recunoaștere din timp a acestei categorii de afecțiuni?

Iată o foarte relevantă întrebare pentru medicul de familie. Prin munca sa în prima linie a serviciilor medicale, el poartă o deosebit de mare responsabilitate pentru diagnosticul timpuriu. Aceasta este însăși specialitatea sa! Diagnosticul timpuriu este o medalie cu două fețe. O față poate fi importantă pentru abordarea cazului și prin ea, pentru prognozarea unei boli astfel încât un diagnostic să poată fi mereu formulat într-un stadiu timpuriu. Cealaltă fațetă este reprezentată de formularea unui diagnostic de boală. Aceasta are consecințe asupra organismului și vieții unei persoane și permite bolnavului să îndeplinească rolul de pacient, ceea ce, fără un diagnostic timpuriu, nu ar fi cazul. Ambele aspecte trebuie luate în considerare. Concluzia trebuie să fie aceea că avantajele diagnosticului timpuriu trebuie să fie evidente și considerate ca atare în comparație contrastantă cu cele ale dezavantajelor.

Scanned with OKEN Scanner

Kerr White și col. [30] consideră că, momentan, numai pentru un foarte limitat număr de boli descoperirea lor timpurie poate fi numită cu certitudine semnificativă: luxația congenitală de șold și fenilcetonuria la sugari, tulburări de vedere și auditive la copii, antagonismul factorului Rh la gravide (nepotrivirea Rh-ului partenerilor) și infecțiile bacteriene la gravide. El se exprimă, cu siguranță, prea critic având în vedere faptul că pentru o serie de alte boli nu recunoaște încă valoarea diagnosticului timpuriu așa cum este cazul cancerului bronhiilor, cancerului mamar și cervical. La acestea se mai pot adăuga și alte boli ca hipertensiunea la tineri. În această privință este nevoie de foarte multă competență științifică, mai ales epidemiologică, pentru a se demonstra valoarea diagnosticului timpuriu.

PERSOANE CU PROBLEME DE COMPORTAMENT

Gradual, am obținut o imagine unică a construcției aisbergului. Totuși, nu toți cei ce consultă medicul de familie sunt preluați în interiorul construcției. Ajutorul medicului de familie este cerut, mai exact, și de cei ce fie nu sunt, fie nu se simt încă bolnavi. Acestea sunt persoane care se dovedesc a avea probleme de comportament. În nota 2 se va descrie comportamentul problematic în raport cu solicitarea medicului la cei care nu se simt bolnavi și la care nu există semne obiective care să justifice solicitarea ajutorului medical. Există însă o mare nevoie de ajutor și acesta este cerut medicului de familie. Se pune întrebarea de ce este justificat faptul de a cere ajutorul tocmai medicului de familie. Se pot formula diferite supoziții în acest sens.

a Medicul de familie este pentru majoritatea oamenilor singurul ofertant de ajutor de care pot dispune. Apelul la ajutor nebisericesc a intervenit când, pentru mulți, pastorul a devenit o persoană necunoscută. Sunt numeroase persoanele ce pot oferi ajutorul în zilele noastre, cum sunt asistentul social, psihologul și alții asemănători, dar accesul la ei este pentru prea puțini o chestiune de la sine-înțeleasă, așa încât pentru mulți oameni numai medicul de familie este la dispoziție.

b Frankl avea probabil dreptate când spunea că omul modern are predispoziția de a somatiza probleme și suferințe. Aceasta înseamnă că multe probleme sunt resimțite și ca senzații corporale, ceea ce duce cu mare probabilitate la solicitarea avizului medicului.

c Într-o serie de probleme, cineva poate fi mai conștient în rezolvarea pe care o așteaptă de la medic, ca de exemplu dacă problema are implicație asupra aparenței corporale (îngrășare), și dacă manifestările se cer tratate medicamentos (insomnii, stări depresive).

d Ideea că medicul de familie poate contribui la o rezolvare este indusă și de către alții, ca de pildă un profesor care avizează părinții să meargă la doctor cu copilul care are tulburări de comportament și la învățătură. Acesta este terenul pe care se manifestă medicalizarea societății.

e Pentru mulți oameni, posibilitățile de a primi ajutor se găsesc în cercul imediat: familie, prieteni, vecini. Ei fac trecerea către solicitarea mai devreme a ajutorului profesional.

Scanned with OKEN Scanner

Problemele care se pot pune sunt de natură foarte diferită. O mare parte a acestora au implicații asupra problemelor relaționale (căsătorie, singurătate, sexualitate etc.), altele au implicații asupra sentimentelor și senzațiilor, asupra sinelui cu privire la problemele de muncă, probleme ale inutilizării capacităților personale, probleme de comportament, crize (ca divorțul, moartea unei persoane dragi) și probleme de intrare sub o dependență.

SARCINILE CARE REVIN MEDICULUI DE FAMILIE

Fiecare medic de familie este confruntat cu probleme de comportament ale pacienților săi pe o scară relativ mare. Se pune întrebarea dacă este de datoria lui să se ocupe de toate aceste probleme. Răspunsul depinde într-o măsură importantă de felul în care este văzută medicina medicului de familie. Răspunsul meu este următorul:

a solicitarea care ajunge la medicul de familie nu va fi nici negată, nici subapreciată; el va face ceva în legătură cu aceasta;

b dacă pentru un medic de familie are valoare cunoașterea istoriei de viață a pacientului (pentru a aplica cu folos medicina cursului vieții), atunci există un argument în plus pentru a se ocupa de caz (vezi capitolul 10);

c multe probleme de comportament cuprind stresul; în capitolul 8 vom detalia semnificația stresului, dar acum se va specifica faptul că stresul poate ocaziona și motiva trăirea senzației de boală și chiar apariția bolii; a avea deci probleme de conduită este un motiv în plus să se considere că ele formează un grup de factori de risc de îmbolnăvire suplimentari.

Ajung deci la concluzia că medicul de familie trebuie oricum să beneficieze de cunoașterea problemelor de comportament ale pacienților săi. Ceea ce el trebuie să facă în legătură cu aceasta este o altă întrebare. Aceasta depinde de o serie de factori. Centrală este necesitatea de a se ști cu precizie în ce constă ajutorul solicitat și de a defini cu exactitate problema. Despre acestea se va discuta în capitolul 8 mai mult. Dacă problemele de conduită presupun o prelungită urmărire, asistență, atunci ele nu vor fi în principal oferite de medicul de familie. Acestea presupun ajutorul altor profesioniști și sunt adesea mari consumatoare de timp. Uneori, chiar medicul de familie poate oferi un tratament de susținere (de exemplu în interzicerea alcoolului, reducerea caloriilor din dieta supraponderalilor). Ceea ce un medic de familie trebuie să facă este de a explica problema de comportament în termeni medicali. El acționează deci în direcția unui ajutor de tipul medicalizării și rezolvării bazelor și cauzelor reale ale problemei respective.

Ne mai putem însă întreba cât de mult trebuie să ne adâncim în acea parte a conduitei problematice care se află în compartimentul de sub apă al aisbergului. Ea se află în interdependență cu întrebarea dacă afirmația de mai sus este un domeniu potențial de îngrijire pentru medicină (fie aceasta sau nu a medicului de familie). Din aceasta decurge și problema locului granițelor

Scanned with OKEN Scanner

medicinii familiei. Răspunsul la această problemă depinde de definiția ce i se dă noțiunii de sănătate. Se pare că încă este posibil să se atribuie un sens de bun-simț unei bune definiri a sănătății (vezi nota 7). Totuși, este preferabil ca medicul de familie să beneficieze de o cunoaștere a ceea ce poate pune în pericol sănătatea în *societatea vestică* (vezi nota 8). Astfel se va putea observa că o parte a pericolelor pot să aibă consecințe, iar o altă parte, nu.

OAMENI PENRU CARE TREBUIE LUATE MĂSURI PREVENȚIVE

În sfârșit, la medicul de familie vine o categorie de oameni care încă nu au fost cuprinți în descrierea aisbergului. Aceștia sunt oameni pentru care medicul de familie trebuie să ia măsuri preventive primare. Cel mai clar exemplu al acestora este vaccinarea copiilor și adulților contra anumitor boli infecțioase (tuse convulsivă, difterie, tetanus, poliomelită, rujeolă, rubeolă). Deși în aceste cazuri este vorba de ajutorul medicului, totuși nu se poate vorbi de comportament de boală, ci de unul de menținere de sănătate.

INFLUENȚA MEDICULUI ASUPRA MODELULUI MORBIDITĂȚII

Până acum s-a vorbit despre constituirea modelului de morbiditate și despre relația cu partea ce se găsește sub apă a aisbergului. Ceea ce apare deja sau încă nu apare deasupra apei este în principal urmarea comportamentului de/la boală al solicitantului. În ultimă instanță, partea care „răspunde, ofertantă", adică medicul de familie, ca și cea care „solicită", pacientul, influențează comportamentul respectiv. Aceasta duce la desprinderea de diferite aspecte ale modelului morbidității, așa cum vor fi descrise în capitolul următor.

a În același fel în care medicul de familie poate prezenta pozitiv (în sens că recunoaște) anumite suferințe și afecțiuni, tot astfel el le poate prezenta negativ. Există medici de familie care de exemplu nu consideră ca discutabilă anticipativ o problemă de relație sau o problemă sexuală a unui pacient. Astfel de abordări anticipative nu apar în statisticile medicale.

b După o primă analiză, un medic de familie își poate întoarce pacientul la „linia nulă", la autoîngrijire sau îl poate trimite la linia a doua. Depinde de metoda de înregistrare a medicului de familie faptul dacă aceste trei categorii de intervenție ajung să fie enumerate ca prevalențe (vezi pentru această noțiune capitolul 4).

c Frecvența contactelor, care contribuie la ponderea manifestării morbidității, este determinată în mare parte chiar de către medicul de familie însuși: cât de frecvent recheamă un pacient, cum organizează controlul bolilor cronice ș.a.m.d.

d Cât de multe acțiuni întreprinde medicul de familie pentru a depista el însuși boli, suferințe și simptome?

6 Comanda nr. 71089

Scanned with OKEN Scanner

ÎNCHEIERE

În acest capitol am oferit informații cu privire la categoriile de solicitanți, faza premedicală, fenomenul aisberg, și ceea ce depinde de acestea. Prin intermediul acestora se poate obține o cunoaștere a modalității în care se conturează modelul de morbiditate în practica medicului de familie.

În capitolul următor vom da informații despre conținutul modelului de morbiditate ca rezultantă a proceselor care au fost descrise în acest capitol.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 3

NOTA 1. NOȚIUNEA DE „PACIENT"

Termenul *pacient* poate fi folosit în diferite moduri.

a Conform *Marelui Dicționar de Medicină*[31], „pacient" este definit ca „cineva care este bolnav sau este sub tratament pentru o anormalitate de natură patologică". Această definiție este prea restrictivă dintr-o serie de puncte de vedere și nici nu include corelarea cu folosirea ei în limba curentă.

b Weyel[32] a căutat de aceea o altă formulare. După el, cineva devine pacient după cum el însuși se adresează unui medic, deci și după cum el solicită ajutorul. A fi pacient este deci expresia unei relații. Conform acestei definiții, nu este deloc nevoie ca un pacient să sufere de o boală.

În acest manual ne vom folosi mai ales de aceste două definiții ale noțiunii de pacient.

NOTA 2. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ, COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE SĂNĂTATE, COMPORTAMENTUL BOLNAVULUI

Prin *comportament față de boală*, Kasl și Cobb[33] înțeleg orice activitate întreprinsă de către cineva care se simte bolnav pentru a determina starea lui de sănătate și pentru a găsi un remediu potrivit acesteia.

Ținta comportamentului față de boală este aceea de a ajunge la refacere. Cele mai importante activități sunt reclamarea la medic a faptului de a nu te simți bine (ceea ce este în fapt și conținutul cu care este înscrisă acea plângere), solicitarea ajutorului la membrii de familie, prieteni și mai apoi la o instanță profesională, care este în primul rând medicul de familie. Iată unele exemple în acest sens.

Un bărbat de 45 de ani se plânge soției că se simte gripat și că deci nu se poate duce la lucru. Soția îi spune să stea în pat și să ia o aspirină.

O femeie de 20 de ani suferă, se plânge de durere mare de cap și temperatură și, de aceea, ei îi este frică de o meningită. Ea avertizează medicul de familie.

Prin *comportament față de sănătate* se înțeleg toate activitățile întreprinse de către cineva care, simțindu-se sănătos, le face pentru a preîntâmpina boala sau pentru a descoperi o boală în faza presimptomatică. Multe obiceiuri zilnice, ca spălarea pe dinți sau folosirea de alimente sănătoase, sunt manifestări ale comportamentului de sănătate.

O femeie cere să i se facă la fiecare doi ani o electroencefalogramă pentru a permite descoperirea unei eventuale modificări a scoarței cerebrale (stadiu premergător tumoarei canceroase cerebrale).

Scanned with OKEN Scanner

Un bărbat de 50 de ani cere măsurarea tensiunii globului ocular (intraoculare) pentru a descoperi din timp eventuala ridicare a acesteia, un glaucom.

Prin *comportamentul bolnavului* se înțelege acțiunea întreprinsă de cineva care se simte bolnav pentru a face să se simtă iar bine. Aceasta este conținută în rolul îndeplinit din punct de vedere social despre care se va vorbi mai mult în capitolul 4 (dar și în nota 3 de la capitolul 5).

Acestor trei noțiuni, Maas și Vrijland le adaugă o a patra: *comportamentul problematic*. Despre acesta este vorba atunci când cineva se adresează medicului deși problema nu este înregistrată ca fiind o boală, ca în cazul problemelor în căsnicie, acelora de relaționare sau dificultăților întâmpinate în muncă.

Consultarea medicului de familie poate fi deci parte componentă atât a comportamentului față de boală (axat pe recunoașterea și tratarea unei boli), cât și a comportamentului față de sănătate (măsuri preventive), și a comportamentului problematic.

NOTA 3. PERSPECTIVA ASUPRA PREVENIRII BOLILOR

Dacă cineva vrea să obțină informații despre apariția suferințelor, bolilor și semnelor de nesănătate la o populație, atunci ele sunt obținute chiar de la populația respectivă prin intermediul, între altele, a așa-numitelor *intervievări medicale repetate*. Asemenea cercetări sunt efectuate cu mare regularitate în Statele Unite („investigare periodică medicală națională") sub auspiciile Departamentului Statelor Unite pentru Sănătate, Educație și Bunăstare. În esență, ei au de a face în astfel de cercetări cu toate problemele ce se pot releva prin anchete și interviuri, printre care și cu „subraportarea" (subestimarea statistică a non-răspunsurilor) ca urmare a faptului că oamenii uită repede suferințele și bolile. De asemenea, trebuie să se intervină asupra interpretării de către respondenți a denumirii suferințelor și bolilor.

În Olanda, s-a efectuat odată o asemenea cercetare de către Bramlage[34] în localitatea Zutphen, iar de către Moll van Charante[35] una constând în a cere să se țină un fel de jurnal zilnic de formă contabilă de către un număr de femei căsătorite timp de doi ani, în care s-au înregistrat bolile și suferințele apărute și tratamentul ce li s-a aplicat. Se poate obține cunoașterea prezenței bolilor prin cercetarea medicală a populației ce nu se prezintă la medic. Aceasta are loc, între altele, la selecția pentru serviciul militar sau la selecționări efectuate de întreprinderi. De asemenea, statisticile computerizate ale unei populații pe o boală anume (de exemplu, tuberculoza pulmonară sau cancerul pulmonar) pot face cunoscută existența asimptomatică a solicitării la medic. Contribuția medicului de familie la această evidență statistică va fi descrisă în cadrul capitolului despre prevenție.

Scanned with OKEN Scanner

NOTA 4. MEDICALIZAREA

Termenul de medicalizare (am. „medicalizing") este împrumutat de la scriitori ca Zola[36] și Illich[37]. Miezul acestei noțiuni este acela că medicina devine o instituție dirijată social. Medicul joacă în aceasta un rol central pentru că el dispune de dreptul de a rezolva ceea ce este boală, drept de la care preia și putere.

Un medic de vapor a stabilit diagnosticul de apendicită la un pacient. Totuși nu se prefigurează eventualitatea unei operații la bord. Căpitanul trebuie să acosteze la cel mai apropiat port la cererea medicului vasului.

Există însă întrebarea dacă medicalizarea este întotdeauna bună. Zola distinge patru aspecte ale (valorii) medicalizării.

a Există loc pentru lărgirea a ceea ce se consideră relevant pentru o bună practicare a medicinii. Aceasta înseamnă, între altele, că medicul are nevoie de informații din ce în ce mai numeroase despre aspecte foarte personale ale vieții pacienților săi. Ele sunt necesare pentru o bună înțelegere a unei afecțiuni psihosomatice sau a unei abordări integrative. Aceasta înseamnă însă și că medicul pătrunde tot mai mult în viața internă și dă avize cu valoare de intervenție care sunt tot mai decisive pentru configurarea totală a modelului de viață (de pildă, dietă, obiceiuri de viață, relațiile întreținute cu alții).

b Medicina are controlul exclusiv asupra anumitor proceduri tehnice, care pot avea influență în modul de viață, cum este cazul cu controlul nașterilor, avortului, prescrierea de tranchilizante și a altor mijloace de însănătoșire, și schimbarea sexului.

c Medicina are acces la domenii tabu. Acesta este vizibil printre altele în domeniul obstetricii. Înainte vreme, nașterea era un eveniment natural, care își găsea loc în cercul, mediul casei. Acum, majoritatea crescândă a femeilor nasc în spital sub observație medicală. Tot mai puține femei suportă nașterea normală. Mutatis mutandis, același lucru este valabil și la moarte; înainte se întâmpla acasă în mediul propriu; acum are loc tot mai mult în spital, înconjurată de aparatură și numeroși profesioniști.

d Comentariul și judecata medicală asupra multor manifestări din societate, ca delincvența, alcoolismul, drogarea, divorțul, discriminarea, asedieri etc., joacă un rol crescând în conturarea conduitei.

e În afara acestor patru aspecte ale lui Zola, există încă un al cincilea important de a fi numit. Prin declararea unui pacient sau a unei boli, un medic poate interveni adânc în relațiile de muncă și poate aduce căi de rezolvare pe care societatea nu le poate prevedea dinainte.

Procesul de medicalizare constă pe de o parte în creșterea continuă a capacității tehnice a medicului și, pe de altă parte, în faptul că nevoia de medicalizare crește de asemenea mereu.

Unul din cele mai mari riscuri ale medicalizării este acela că, de exemplu, prin tratament medicamentos, probleme ale declarării incapacității de muncă și avortului rămân acoperite, neevidente pentru ceea ce s-ar putea fundamenta pe baza lor. Medicina ajută la adaptarea oamenilor la situații care presupun

Scanned with OKEN Scanner

dificultăți de adaptare, adaptarea putând fi un semn al sănătății. Din aceasta nu trebuie să se tragă concluzia că medicul nu ar trebui să exercite nici o influență asupra evenimentelor din societate. Dimpotrivă, tocmai prin poziția lui, el poate detecta multe abuzuri sociale. Funcția lui de semnalare (vezi capitolul 2) este deci extrem de importantă.

NOTA 5. CLASA DE MIJLOC

Conform indexării termenilor din lucrarea *Viața socială pe toate fațetele ei* (Groenman, S. J., ed., Assen, 1958), cineva ocupă o poziție în cadrul standardului olandez aproximativ de mijloc fără ca semnificația termenului „poziție (în)" să fie sesizată. Cu alte cuvinte, există o masă foarte eterogenă între poziția de elită și cea a muncitorilor manuali, care cuprinde atât pe oamenii de mijloc după standardele vechi cât și după cele noi, și uneori și pe muncitorii școlarizați, calificați. Prin „poziția de mijloc după standardele vechi" se înțelege categoria oamenilor care nu primesc o salarizare, adică artizani, comercianți și alți oameni de afaceri (de sine-stătători); o categorie aparte este formată de țărani. Prin, „poziția de mijloc după standardele noi" se înțelege categoria oamenilor care nu sunt de sine-stătători, adică funcționari și angajați; uneori, și practicienii profesiilor libere sunt numărați în această categorie (medici, avocați etc.).

NOTA 6. FAZA PREMEDICALĂ PRIVITĂ DIN UNGHIUL DE VEDERE AL ȘTIINȚELOR SOCIALE

Introducere

Cercetarea fazei premedicale, care este perioada ce se scurge între constatarea unei suferințe și consultarea medicului[38], este un rezultat al studiului întins pe mulți ani asupra noțiunilor de „sănătate" și „boală" așa cum a avut acesta loc în cadrul medicinii și sociologiei.

Suntem conștienți că datele cantitative asupra utilizării dotărilor conform indicatorilor uzuali în serviciile medicale dau numai o imagine limitată a ceea ce constituie apariția afecțiunilor și stărilor de disconfort în cadrul unei populații. Aceasta reiese de exemplu din faptul că cercetările cuprinzând întreaga populație și investigațiile repetate pun în evidență probleme de sănătate care nu sunt reprezentate în informațiile deținute de medic[39].

În plus, studiile ce analizează variabilele de dependență față de utilizarea dotărilor arată că utilizarea acestor dotări și consumul medical nu rezidă numai în faptul că apar modificări medico-biologice în organism. Noi am putut constata că în mod regulat un mare număr de oameni constată funcționalitatea lor pe durate neregulat de lungi sau scurte. Numai o parte a acestor (dis)funcționalități neregulate ajunge în atenția medicului[40].

În cazul afecțiunilor de natură acută, sunt variabile care se corelează cu cele ale simptomelor, ca de pildă gravitatea afecțiunii determină rapiditatea

Scanned with OKEN Scanner

cu care se solicită ajutorul medical[41]. O mare parte a suferințelor care solicită medicul nu sunt însă de natură acută, cum sunt suferințele de care se plâng oamenii în caz de tulburări ușoare, răceli, oboseală etc. În cazul acestor suferințe, variabilele care nu sunt de tipul medico-biologic contribuie într-o mai mare măsură la determinarea deciziei de a consulta medicul, decât variabilele medico-biologice[42].

În această notă anexă se va explica care sunt variabilele care contribuie la decizia de a consulta sau de a nu consulta medicul. Schematic, ambele categorii pot fi ilustrate ca în figura 3–3. Pe durata de timp t_1 este constatată o suferință de către un număr de oameni. Pacientul A decide într-o primă instanță să nu consulte nici un medic. Aceasta nu exclude că poate fi totuși vorba de o formă de comportament de consum medical cum ar fi automedicația, reguli de viață etc. Suferințele dispar cu trecerea timpului (boli auto-limitative). Pacientul B și pacientul C decid amândoi să consulte medicul, dar pacientul B face aceasta într-un interval de timp mai scurt decât pacientul C. Atât în cazul pacientului B cât și în cel al pacientului C este vorba de o fază premedicală, ele se deosebesc numai în durată. Pacientul D rămâne să suporte suferința fără a consulta medicul. În toate aceste cazuri poate fi vorba de un „comportament de consum medical", indiferent dacă medicul de familie a fost sau nu consultat. Într-o cercetare empirică, faza premedicală este considerată a fi durata până la vizita la medicul de familie (în figura 3–3, pacienții C și D). Tabelul 3–6 face cunoscută relația dintre durata fazei premedicale și natura începutului suferinței[43].

În clasificarea suferințelor și simptomelor din tabelul 3–6 s-a ținut seama cât mai mult posibil de felul în care ele au fost prezentate la consult sau cererea de ajutor de către pacienți în propriile lor cuvinte. S-au diferențiat astfel: **a** durere; **b** un disconfort, o jenă undeva, fără să fie vorba de durere, ca de pildă mâncărime, tuse și altele asemenea; **c** apariția de semne care nu cauzează durere sau disconfort, ca de exemplu amenoree, un „nodul" pe sân; **d** probleme care nu au de a face cu boala, de exemplu probleme decurgând din anticoncepție.

Acest tabel ilustrează cu claritate că oamenii nu se hotărăsc imediat să viziteze medicul de familie, îndată ce au simțit sau remarcat ceva. O jumătate din pacienții cu „durere" sau „disconfort" par să aștepte cel puțin două săptămâni. Aceasta este valabilă în măsură egală pentru pacienții cu durere ca și pentru cei cu senzații de disconfort. De remarcat este faptul că 11 din 19 pacienți cu probleme de sănătate au așteptat mai mult de două luni.

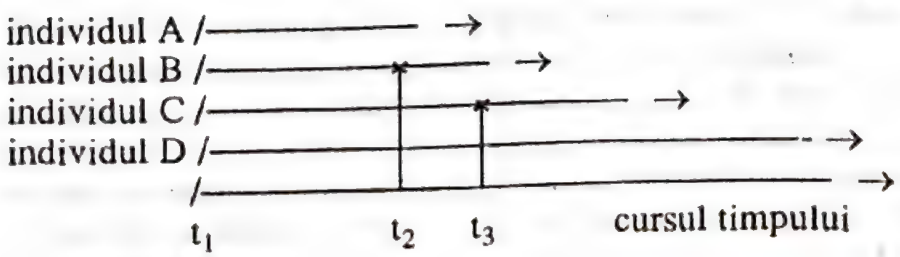


Figura 3–3

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3–6
Durata fazei premedicale în relație cu natura începutului suferinței(lor) (N = 242).

durata fazei premedicale	*durere*	*disconfort fără durere*	*semne de „boală" fără durere, disconfort*	*probleme de sănătate*	*total*
1 o zi sau mai puțin	11	5	3	0	19
2 între 2–3 zile	12	11	2	0	25
3 între 4–8 zile	20	22	2	2	46
4 1–2 săptămâni	8	13	0	1	22
5 2 săpt. –o lună	27	25	3	2	57
6 1–2 luni	6	5	2	3	16
7 peste 2 luni	16	26	5	11	58
total	100	107	17	19	242

Dacă ne întoarcem la figura 3–3, atunci se pune următoarea întrebare. De ce anume sunt determinate comportamentele „pacienților" A, B, C și D? De ce merge pacientul B mai repede la medic și de ce pacientul D nu merge deloc? Motivele acestora pot fi importante pentru relația de acordare a ajutorului de către medicul de familie pacientului, mai exact în privința suferințelor care nu sunt,de natură acută, dar care pot fi indicative pentru ceva grav (mai exact, suferințe funcționale și începutul unor afecțiuni cronic-degenerative).

Cunoașterea acestor motive face posibil răspunsul medicului de familie la întrebarea: de ce vin acești pacienți la mine în acest moment, și cum pot să-i ajut să-și rezolve cât mai bine problemele? De cele mai multe ori, însuși pacientul nu poate răspunde la această întrebare, astfel că medicul de familie trebuie singur să obțină această informație.

În următoarea parte a textului se va trata de o manieră analitică variabilele ce intervin în luarea deciziei de a solicita ajutorul medicului și forma pe care o are comportamentul față de boală. În acord cu Kasl și Cobb, vom defini comportamentul față de boală ca: o conduită preluată de o persoană care se simte bolnavă, pentru a defini starea ei de sănătate și pentru a descoperi un remediu potrivit. Principalele activități sunt plângerea și căutarea de consult la rude, prieteni și la cei profesionalizați în probleme de sănătate[44]. După aceea, va interveni medicul.

Scanned with OKEN Scanner

Trei modele explicative ale variabilității în comportamentul față de boală

Modelul social-psihologic este bazat pe perspective social-psihologice care transpar în două variabile mai importante[45]:

a valoarea pe care un individ o dă ajungerii la un rezultat;

b perceperea de către un individ a probabilității ca un anumit comportament să ducă la rezultatul dorit.

Acest model a fost utilizat la origini de către Hochbaum pentru a explica comportamentul față de sănătate și comportamentul preventiv. Apoi, Rosenstock și Kegeles[46], Kasl și Cobb l-au extins pentru a explica comportamentul față de boală[47]. Modelul stabilește că probabilitatea ca un individ să manifeste un comportament față de sănătate sau unul față de boală este selectat de:

a măsura percepută a caracterului amenințător al unei afecțiuni;

b măsura atractivității comportamentului.

Ad absurdum ***a***) Măsura percepută a caracterului amenințător al unei afecțiuni este determinată de:

– importanța preocupărilor pentru sănătate ale unui individ

– gravitatea percepută a acelei afecțiuni (ca și, de exemplu, urmările sociale).

Ad absurdum ***b***) Măsura atractivității comportamentului este determinată de:

– probabilitatea percepută că un comportament va duce la rezultate preventive și curative;

– creșterea costurilor pe care comportamentul le aduce cu sine, comparativ cu a nu întreprinde nimic și consecințele acestui fapt;

– experiențe anterioare cu dotările, serviciile medicale.

Pentru explicarea comportamentului față de boală, Kasl și Cobb au adăugat două grupe de variabile, și anume „durerea și dificultatea simptomului" și „necaz psihic". Până la acest moment, nu sunt încă studii proiectate să cerceteze sistematic relația dintre și din interiorul grupelor de variabile, și influența lor asupra comportamentului față de boală. Studii axate pe comportamentul de amânare la pacienții cu cancer (întotdeauna retrospective) fac totuși posibilă emiterea de presupoziții despre relațiile dintre aceste grupe de variabile. Sunt evidențe că măsura pe care simptomele și/sau posibilele afecțiuni o reclamă cu privire la caracterul lor amenințător nu se află în legătură lineară cu durata amânării consultării medicului.

Amenințarea provoacă frică, anxietate și măsura fricii depinde și de condiția psihică a individului. Se consideră în general că o amenințare moderată este cea mai efectivă în a reclama de la oameni o reacție rapidă.

În privința măsurii atractivității, putem stabili că cu cât este mai mare atractivitatea unei forme de conduită – manipulare, cu atât mai rapidă va fi adoptarea unei conduite – comportament. Această atractivitate va fi mai mare funcție de faptul că un comportament este apreciat ca ducând la rezultatul dorit și în funcție de cât de pozitive au fost experiențele avute deja. Cu cât un simptom este mai dureros sau dificil, cu atât mai repede se va căuta ajutorul medical, dacă această formă de manifestare este descrisă ca ducând la țintă (orientată către atingerea scopului).

Scanned with OKEN Scanner

Un al doilea model, mai dezvoltat, de a explica deosebirile în consumul medical este *modelul social-cultural*. În acest model explicativ, două grupe de variabile sunt importante:

a cunoașterea, atitudinea, valorile și normele specifice pe care oamenii le au cu privire la boală și sănătate;

b relațiile dintre individ și oamenii din jurul lui la care caută sfatul și părerea, și relațiile dintre oamenii din jurul său din „sistemul de referință la amatori".

Freidson a folosit deja aceste variabile ca factori de diferențiere a consumului medical la diferite populații[48]. El a stabilit că interpretarea suferințelor și a comportamentului ce decurge din acestea este determinată de valorile și normele, de atitudinea și aspectele de cunoaștere cu privire la boală și sănătate care sunt în uzanța unui anumit grup social. Măsura soliditătii relațiilor din acel grup determină stringența controlului social asupra comportamentului, indiferent dacă acesta este sau nu în acord cu așteptările membrilor acelui grup (structura socială). Măsura în care concepțiile dintr-un grup social se deosebesc de cele ale profesiei medicale sunt determinate prin intermediul legăturii lor cu faptul pentru ce anume suferințe este consultat medicul (cultura). Cu cât concepțiile sunt mai corespunzătoare cu cele ale profesiei medicale, cu atât mai mare este numărul afecțiunilor care ajung sub ochii medicului și cu atât mai repede este consultat el.

Suchman a studiat într-o cercetare concluziile lui Freidson[49]. O parte a studiului său s-a implicat în comportamentul de așteptare. Acesta a fost cercetat prin studierea comportamentului acelora care sufereau recent de boli grave (137 pacienți) în diferite stadii ale comportamentului față de boală. El a constatat următoarele:

a cu cât erau mai dureroase și mai supărătoare simptomele, cu atât mai repede se consulta medicul;

b oamenii care nu abordau boala mai științific subevaluau gravitatea simptomelor și semnelor de boală, și așteptau mai mult până la consultarea medicului;

c oamenii dintr-o structură socială solidă vorbeau mai mult cu ceilalți despre simptomele lor în vederea unei „validări de fond a bolii lor":

d oamenii dintr-o structură socială mai puțin solidă vorbeau mai puțin cu alții despre simptomele lor; dacă aceasta se întâmpla totuși, atunci era pentru a căpăta informații asupra ajungerii la comportamentul dorit.

Discutarea cu alții conduce în al treilea rând la comportamentul de amânare, iar în al patrulea rând ea grăbește consultarea medicului. Cercetarea lui Suchman și replica ce i-a fost dată într-o cercetare a lui Reed Geertsen și alții[50] au furnizat o certă susținere a ipotezelor lui Freidson. Manipularea unui număr limitat de variabile psihologice și social-culturale aduce însă o limitare a posibilităților explicative pentru diferențierile din comportamentul de consum medical al pacienților.

În ultimii ani s-au făcut mereu încercări pentru a stabili „scheme de variabile" în care variabilele din mai sus descrisele concepții teoretice au fost combinate cu, de exemplu, variabilele care depind de dotările medicale.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste încercări au condus la dezvoltarea unui *model de comportament* pe care zeci de cercetători îl folosesc în acest moment[51].

Acest model este bazat pe patru grupe de variabile care intervin în consultarea medicului:

a variabile *demografice* cum sunt vârsta, sexul și educația;

b *înclinația către consum* a individului, prin care se înțelege complexul de elemente deținute sau create de către individ într-o mai largă sau mai restrânsă măsură pentru a apela la consumul medical, de exemplu, disponibilitatea de a reacționa la semnele de boală, abordarea tradițională sau modernă a bolii, perceperea gravității, credibilității etc. ; o asemenea înclinație se manifestă atunci când este vorba de un anumit episod de boală;

c *posibilitatea* care duce la *consum*; aceasta înseamnă disponibilitatea diferitelor forme de consum medical din punct de vedere material și nematerial, de exemplu, categoria asigurării medicale, accesibilitatea, problema dacă oamenii pot lipsi de la serviciu, ajutorul medical acordat mamei dintr-o familie (cu copii mici), comportamentul comunicativ al medicilor etc.

d *nevoia de consum*; aceasta este trăirea subiectivă a gravității și multitudinii semnelor de boală și a cât de rău se simt pacienții.

Modelele de mai sus vor fi utilizate pentru a explica varietatea comportamentelor față de boală. În acest text ne vom limita la comportamentul care are loc în faza premedicală: *comportamentul de amânare, expectativă*.

Comportamentul de amânare este cel care are loc după constatarea unei suferințe pâna la consultarea medicului în legătură cu această suferință. Acest comportament se poate diferenția în funcție de durată (durata fazei premedicale), interpretarea simptomelor, consultarea altora, automedicația etc. Noi am arătat în tabelul 3–6 că durata fazei premedicale poate varia de la câteva zile la câteva luni. Un factor important care intervine în această variație este frica; suferințele reclamă în general anxietate. Măsura gravității percepute și posibilitățile de a ajunge la o terapie determină într-o măsură importantă frica ce însoțește suferințele. Dacă există posibilități de terapie, atunci frica reclamată în mod normal este mai mică decât atunci când nu se întrevăd posibilități terapeutice. Alți factori care influențează formularea fricii sunt, de exemplu, teama de tratament, spitalizare și părăsirea temporară a muncii. Influența acestor sentimente asupra comportamentului este ambiguă; câteodată ele au o influență adecvată, alteori ele duc la un comportament de expectativă cu toate urmările pe care le presupune acesta.

Cobb și alții au atras atenția asupra acestor două tipuri de reacții la frică, în funcție de care au deosebit două grupe de oameni: cei ce au învățat din experiență „să-și utilizeze frica asemeni unui mecanism de organizare pentru a se potrivi într-un fel inteligent și controlat cu orice îi amenință, în opoziție cu aceia a căror frică este orientată și care o utilizează în conștientizarea preventivă a acceptării amenințării tinzând către a fi demobilizați de frica de a fi negativist".

Scanned with OKEN Scanner

simptome ↑ ↓ frică generală } trăirea totală a fricii după constatarea simptomului ------→ *comportament (i)rațional* (adică: înlăturare, necunoaștere sau consultare într-un interval cât mai relevant

- educație mai înaltă
- o mai bună cunoaștere medicală (a deteriorării*)
- suport puternic în mediul social înconjurător
- o autoprezentare mai pozitivă la serviciile medicale oficiale
- experințe bune în trecut cu serviciile medicale

} *mai puțină anxietate* → comportament mai relevant (consultarea la timp a medicului)

- educație mai scăzută
- o mai scăzută cunoaștere medicală
- mai puțin sau deloc suport în mediul social apropiat
- a se simți nenorocos sau nerezistent
- o autoprezentare mai negativă la serviciile medicale oficiale
- experiențe rele în trecut cu serviciile medicale

} *mai multă anxietate* ---→ comportament mai irațional amânare la simptome ce apar grave) o mai mică acceptanță a terapiei

Figura 3–4
Prezentare schematică a reacției psihologice la constatarea simptomelor corporale care pot fi indicative pentru ceva grav.

*Comportamentul personalului medical nu este cuprins aici; acesta este puțin cunoscut. Cazuistica este numai indicativă în direcția unui comportament de foarte lungă durată în legătură cu constatarea simptomelor din acest grup.

Pentru înțelegerea felului în care diferite variabile lucrează asupra comportamentului de amânare/așteptare al pacienților, figura 3–4 dă o imagine schematică a influenței numeroșilor factori asupra reacției psihologice la constatarea simptomelor corporale care pot desemna o evoluție gravă, și asupra comportamentului care urmează. Din figura 3–4 reies doi factori de mare însemnătate, și anume *cunoașterea* și *mediul social apropiat* (Cassee).

Scanned with OKEN Scanner

Cunoașterea influențează în primul rând măsura în care este reclamată anxietatea, frica, pentru că numai prin intermediul cunoașterii se poate înțelege posibilitatea de terapie, mai ales la diagnostic formulat repede. În al doilea rând, cunoașterea este un indicator al unei abordări mai raționale din punctul de vedere al multor probleme de viață.

Influența mediului social înconjurător este considerat de noi ca al doilea factor important. Se pare că un medic abia dacă este consultat înainte de a vorbi despre aceasta cu alții. Diferite cercetări au găsit un procentaj al acestei constatări ce variază între 64,5% și 74%[53].

Booth și Babchuk disting o nevoie de *suport emoțional* și una de *informație tehnică* drept rațiuni pentru consultarea altora[54]. Membrii familiei nucleu și ai celei lărgite (mai ales partea femeiască) sunt căutați pentru a oferi suport emoțional, în timp ce cunoștințele și prietenii care au avut experiențe personale cu dotări medicale specifice (specific înseamnă, aici, la care se poate adresa eventual date fiind simptomele) sunt consultate în special din nevoia de informație tehnică.

Din aceste cercetări reiese că nefamiliști, văduvi, divorțați, vârstnici, oameni cu statut social-economic scăzut vorbesc mai puțin cu cei din mediul lor despre suferințele lor înainte de consultarea medicului decât ceilalți. Din cercetarea lui Touw și Brouwer reiese că 82% (n = 129) din subiecți se sfătuiau cu membrii de familie lărgită înainte de a consulta medicul de familie[55]. Aceasta depinde însă mult de structura socială în care trăiește subiectul (vezi mai sus datele legate de modelul social-cultural).

Urmărirea de către medic

Ce semnificație are cunoașterea descrisă mai sus pentru asistența oferită de medic? În primul rând, credem că medicul trebuie să înțeleagă frica pacientului. El trebuie să cunoască *ce înseamnă suferința pentru pacient*. El trebuie să aprecieze dacă pacientul este înfricoșat de eventualitatea că se petrece ceva grav și dacă frica este corelată cu afecțiunea pentru care cere ajutorul. Aceasta este necesară în baza faptului că pacienții care cunosc mai multă frică amână mai mult vizita la medic, dar o fac totuși destul de des și cei ce trăiesc o mare senzație de a nu se simți bine[56]. Medicul trebuie să ia în serios această frică și aceasta se poate numai dacă el întreabă în mod explicit pacientul în această privință. Există o mare probabilitate ca avizele să nu fie urmate dacă mai întâi nu s-a înlăturat frica.

Un al doilea aspect pe care medicul trebuie să-l trateze cu atenție în diagnosticare și urmărire terapeutică este presiunea mediului social. În paragraful anterior s-au dat câteva date despre situațiile care duc la un comportament de amânare mai lung sau mai scurt. O să adăugăm că unele categorii de oameni, ca necăsătoriții și văduvii, datorită faptului că vorbesc mai puțin cu cei din mediul lor, cunosc o mai lungă durată a fazei premedicale. Aceste categorii formează deci grupul-de-risc în privința solicitării ajutorului. Mai exact, dacă este vorba de suferințe care pun în pericol viața, aceste grupe sunt expuse riscului pentru că

Scanned with OKEN Scanner

au o mai lungă perioada de amânare, deci nu există un tratament timpuriu. Acest factor este de asemenea important pentru urmărirea de către medic pentru că mediul social intervine în a juca un rol în măsura în care terapia este urmată. El trebuie să aibă în vedere și dacă mediul susține pacientul în suportarea bolii, sau dacă această boală este interpretată realist (nici supra-, nici sub-apreciată) și dacă aceasta nu constituie un impediment în aplicarea terapiei (de exemplu, concepții de reținere de la medicație).

Un al treilea aspect important pentru urmărirea de către medic este relația dintre diferite tipuri de suferințe care conduc la diferențierea duratei de amânare. Cel mai repede este solicitat medicul de către aceia care au o suferință ca urmare a unei infecții, traume, otrăviri, răceli și gripe. Suferințe care presupun căile respiratorii, răceala și gripa fac parte însă dintr-un grup de afecțiuni pentru care medicul este consultat într-o mai mică măsură. Aceasta indică faptul că amânarea în cazul acestor afecțiuni duce până la renunțare (vezi schema, pacientul A), pentru că acestea sunt în general suferințe de scurtă durată. Amânarea pe durate mai lungi se petrece în următoarele afecțiuni: evoluții tumorale, alergii, boli metabolice (de metabolism), boli de sânge, de nervi, boli ale aparatului locomotor, dureri de mijloc, dureri de cap și oboseală. În afara alergiilor și poate a bolilor tumorale, acestea toate sunt boli ce pot evolua destul de încet și presupun numai puține simptome vizibile în stadiile de început[57].

În încheiere vrem să ne orientăm atenția asupra influenței automedicației ca parte componentă a autoîngrijirii. Succedarea întrebărilor cu privire la automedicație poate fi formulată destul de ușor. Astfel, pentru medicul de familie este important să știe:

a formează automedicația o alternativă a consultului?

b ce forme ale automedicației folosește pacientul?

Ad absurdum **a)** Dunnell și Cartwright au constatat că automedicația formează o alternativă a consultului pentru adulți, dar nu și pentru copii. Ea este mai exact o alternativă pentru suferințe ca durerea de cap, durerea în gât și la începutul unei boli. Rezultatele obținute de Dunnell și Cartwright au fost verificate într-o cercetare olandeză; aceasta a reconfirmat o puternică interdependență între consult și automedicație.

Nu s-a constatat nici o dependență între durata de amânare și automedicație. Trăirea faptului de a fi sănătos este puternică în a influența alternativa dintre automedicație și consultarea sau nu a medicului: în funcție de cât este trăită *sănătatea ca înrăutățită*, ca expresie a stării prezente de sănătate, o tulburare cronică sau un număr de suferințe în totalitatea lor, care creează nevoia de mijloace de vindecare, tendința este de a se *apela la consult din ce în ce mai mult* și de a recurge la *automedicație mai puțin*.

Ad absurdum **b)** Din grupul pacienților care s-au autoîngrijit, o mare parte (cca 77%) au utilizat medicamente. Restul s-au axat pe alte modalități de autovindecare, ca odihna la pat, băi de abur, masaj electric, rămânerea acasă și alte asemenea[58]. Medicamentele utilizate au fost cumpărate din propria inițiativă de la farmacii și drogherii (ceea ce presupune numai medicamente ce se pot vinde fără rețetă); uneori, au fost folosite medicamentele prescrise

Scanned with OKEN Scanner

de medic în perioade anterioare care nu au fost consumate integral (ceea ce contează pentru fenomenul de încredere în terapie).

Mai exact, ultimele date conțin informații foarte esențiale pentru medicul de familie. Utilizarea regulată de mijloace de vindecare în faza premedicală poate influența medicația pe care el ar vrea s-o prescrie. Deținerea de medicamente poate fi un avertisment pentru faptul că în anumite cazuri au fost administrate prea multe medicamente în raport cu durata terapiei și nu în ultimul rând, pentru cum este înțeleasă încrederea în terapie a pacientului. Deseori, pacienții întrerup terapia pentru că suferința încetează și nu mai este văzută necesitatea de a utiliza medicamentele. Influența mediului apropiat joacă și ea un rol în acest sens. În cazul automedicației, medicul trebuie să se gândească la cei din mediul pacientului care-l pot decide la a folosi mijloace de vindecare. Fiecare medic a avut cel puțin o dată de a face cu avizele altora și cu scuza „acest medicament mă ajută foarte mult".

Cele arătate mai sus nu au pretenția de a oferi un tablou total a ceea ce intervine în faza premedicală. Acestea s-au selectat însă din spectrul de date culese empiric care au fost dezvoltate pe baze teoretice în ideea de a căuta explicații ale comportamentului de boală, a celui de amânare, expectativă etc. Pentru mai multă informație în această materie, vă trimitem la literatură.

Definiții ale unor noțiuni

O *variabilă* este o noțiune variabil operaționalizată.

O noțiune variabilă este o noțiune pentru care se pot gândi *valori diferite*. De exemplu: *sex, vârstă* și altele asemenea.

A face *măsurabilă* o noțiune variabilă este numită „operaționalizarea" acelei noțiuni.

Un *model* este utilizat în acest text ca principiu de ordonare. Noi am stabilit astfel ce variabile sunt importante pentru fiecare model în funcție de concluziile teoretice.

NOTA 7. CE ESTE SĂNĂTATEA ?

„Ce este sănătatea?" este o întrebare la care este dificil de răspuns în condițiile în care fiecare poate să-și facă o idee proprie. Pentru cineva, sănătatea înseamnă a putea face tot ce vrea: muncă, sport etc. Pentru un altul, sănătatea înseamnă să nu fie bolnav. Sănătatea poate fi trăită și ca libertatea de a dispune de mecanismele spirituale care pot deseori duce la comportamente nedorite dacă sunt tulburate. Noțiunea de sănătate poate fi definită într-o mulțime de feluri. Din punctul de vedere al sistemului serviciilor medicale există nevoia de a beneficia de o definiție a sănătății. Scopul serviciilor medicale este de a veghea la a vindeca cât mai multe boli cu putință. Intenționăm deci să folosim cercetările științifice care s-au ocupat de noțiunea de sănătate atât din punct de vedere biologic cât și din acela al științelor sociale. Kuiper[59] distinge trei motive ale obținerii unei definiții a sănătății:

Scanned with OKEN Scanner

a un motiv practic: a da cea mai generală direcție a activității sistemului de servicii medicale/sănătate publică;

b un motiv științific operațional: fiindcă noțiunea se aplică în cercetarea experimentală;

c un motiv antropologic: căutarea unei formulări care să fie cât mai apropiată de felurile de a fi ale oamenilor cu care avem de a face.

Pe parcurs vom apela la o definiție sau o descriere care ne poate fi de folos în direcții orientative pentru medicul de familie. Dacă ne grăbim să ajungem la o definiție, există riscul de a trece peste aspecte importante ale sănătății fără a le trata. De aceea am vrea mai întâi să facem câteva remarci în cadrul motivului antropologic. Astfel, vom urma unele aspecte evidențiate de Kuiper, împrumutând în același timp idei de la Fortmann[60] și Levinas[61].

În primul rând *sănătatea are de a face cu rămânerea (voită) în viață*. În general, fiecare aspiră la o durată a vieții și la o anumită calitate a existenței. Durata și calitatea sunt, inerent omenesc, amenințate. În lumea vestică, amenințări din trecut au făcut loc altora. Înainte vreme exista grija pentru pâinea zilnică și se trăia sub amenințarea lipsei de mijloace de primă necesitate ale vieții, o situație în care se mai află încă o mare parte a lumii. Boli apărute ca urmare a subalimentației sau alimentației neadecvate, cum este pelagra sau avitaminozele și aprotenimiile, nu mai confruntă oamenii din vest; apar însă alte forme ale alimentației neadecvate, ca boli ale colonului datorate alimentației sărace în substanțe esențiale sau supraalimentației. Boli molipsitoare ca tusea convulsivă, difteria, tifos și tuberculoza nu mai sunt pe scară mare; ele pot fi preîntâmpinate prin mijloace preventive sau pot fi limitate. Modelul de morbiditate din țările dezvoltate este determinat în mare parte tocmai de astfel de boli; boli de bătrânețe și cele care apar în relație cu vârsta și alimentația nu mai apar în lumea vestică decât în foarte mică măsură. În lumea vestică, omul este amenințat de alte lucruri. În primul rând de urmările negative ale prosperității societății (supraalimentare, alimentare greșită, fumat, alcoolism și accidente de circulație). Și conviețuirea la scară socială mare are urmări negative, ca anonimitatea în întreprinderi, înstrăinarea muncii, birocratizarea societății. O mare amenințare o constituie poluarea pământului, a aerului și a apei, și reducerea amenințătoare a materiilor prime și energiei. În sfârșit – dar nu mai puțin important – este amenințarea distrugerii atomice prin arme atomice sau accidente ale centralelor atomice. Modelul de boală din Africa de Sud este foarte ilustrativ pentru diferența care există acolo între grupele înalt dezvoltate și cele subdezvoltate din punct de vedere economic și tehnic. Astfel, în această țară decesul perinatal pe 1 000 de născuți vii este, după o scalare a lui Sadie[62], după cum urmează: albi 22, asiatici 40, oameni de culoare 130 și africani 140. Măsura în care este vorba de subalimentare sau alimentare greșită este de observat, între altele, și în numărul de cazuri de „boala cvasului" (aprotenimie + lipsă calorii). În 1967 au fost înregistrate următoarele cifre absolute de aprotenimie: albi 7, asiatici 12, oameni de culoare 1046 și africani 765. Aceasta se va aprecia în comparație cu felul în care este compus poporul sud-african, adică: albi 17,5%, asiatici 2,9%, oameni de culoare 9,4%, și africani 70,2%. Cifrele pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru tuberculoză la 1 000 de locuitori, pe categoriile de populație numite mai înainte sunt astfel: 34,9; 436,5; 204,9 și 460,7. Dr. F. L. Wollston (superintendent la spitalul Sf. Mihail din Kuruman, Africa de Sud) a raportat un mare număr de suferinzi de aprotenimie, pelagră, scorbut, scabie, și o mulțime de urmări dezastruoase ale pojarului și vărsatului de vânt la copii cu deficiențe proteinice. La populația albă acestea nu apar aproape deloc. Medicul de familie care lucrează deci în mijlocul populației africane ne-albe este confruntat cu un alt model al bolilor decât cel ce lucrează cu populația albă.

Sănătatea are de a face și cu ceea ce dă sens existenței. Viața trebuie să ducă la împlinirea a ceva dacă este trăită cu sens. Există un spectru larg al scopurilor omenești. Pentru unii, există un înalt scop, pentru alții numai unul minor. A da sens depinde de valorile și normele pe care omul ca om le recunoaște și conform cărora trăiește. Esențial în acest sens este ca omul să recunoască faptul că nu trăiește numai pentru sine. Omul poate deveni om numai în relație cu alții. Omul nu îi poate înțelege pe ceilalți decât prin contactul cu ei. Numai astfel poate omul să ajungă la propria înțelegere și la cea a altora, privind propriile posibilități și limite. Celălalt nu este un obiect, ci o condiție a propriei existențe trăite și conștientizate. Din aceasta decurge și o responsabilitate pentru celălalt care este, în același timp, o responsabilitate pentru sine.

Sănătatea demonstrează a avea o relație strânsă cu libertatea. Fără libertate într-un grad cert, sănătatea nu este de gândit. Libertatea poate fi blocată de existența unei boli; ea poate sta în calea împlinirii de a fi om. Libertatea spirituală poate de asemenea să obstrucționeze prin faptul că sentimente, dorințe, interdicții și pasiuni care există în adâncurile noastre nu se pot manifesta conform dorinței și voinței noastre. Sănătatea cere deci nu mai mult decât o conectare „normală" la afectele conștiente. Sănătatea aduce cu sine faptul că omul este în stare de a avea o viață conștientă, de a avea perspectivă asupra propriilor capacități, de a identifica propriile obstrucții și a interveni asupra acestora. Sănătatea înseamnă deci și că omul recunoaște la ce anume este conectat. Prin aceasta este posibilă înțelegerea de către sine a oamenilor nefăcând abstracție de ceea ce ei fac.

Sănătatea are de a face și cu timpul. Omul trebuie să aibă timpul de a deveni ființă umană. Pentru aceasta este nevoie de o durată de dezvoltare care se încheie la moarte. Sănătatea înseamnă deci creșterea către deplinătate și starea adultă. Aceasta înseamnă de asemenea că omul s-a dezvoltat ca om în istoricitatea sa. Există deci, conform lui Vestdijk[63], o adânc înrădăcinată nevoie de a aduce în interdependență trecutul cu prezentul. Încrederea (în sine și în alții) se formează în timp și leagă „ceea ce a devenit omul" cu „ceea ce a fost în trecut omul și ceea ce nu mai poate prețui". Aceasta cere o abordare plină de dragoste a lumii, a sinelui și a altora, și este condiția de a desființa granițele către alții și cele care stau în calea propriului fel de a te privi.

Dacă asimilăm perspectiva de mai sus, atunci putem descrie sănătatea ca a fi-total (diferit de sensul sfânt, sfințit). Fortman spune că mai este un pas către conturarea noțiunii de sănătate: este posibil să te simți liber prin a nu fi

Scanned with OKEN Scanner

dominat, condus de pasiuni, frică și altele de acest fel. Aceasta numește el sănătate. Este, după el, vorba de o mai deplină libertate când omul acceptă să nu fie condus de multe determinante, de restricții atât fizice, corporale, cât și spirituale. Dacă omul a devenit atât de liber încât să spună *da* la aceasta, deci la propria neînchidere, atunci nu mai este vorba de sănătate, ci de „bunătate gratuită, sfințenie ca voință umană și de ultima expresie a totalității pe care fragmentarea și-o asumă".

Este ceea ce s-a spus mai sus semnificativ pentru medicină? Se pot extrage de aici direcțiile de acțiune ale funcționalității serviciilor medicale? Eu cred că da, deși aceasta reclamă o operaționalizare dificilă. Este convenabil să se descrie a fi-total (egal cu tine însuți) prin identificarea a trei aspecte.

a a fi-total în propria istorie;
b a fi-total în propria existență;
c a fi-total în lume.

Aceste trei aspecte dovedesc a fi într-un consens cert cu caracteristici specifice ale medicinii medicului de familie: medicina medicului de familie este relaționată cu istoria precedentă a pacientului, medicina medicului de familie, ca medicină integrală și ca medicină de familie. În relația duală, reciprocă în care se găsesc toate acestea, felul în care Levinas descrie reflectarea fundamentelor acestora constituie pentru noi următorul lucru. „Celălat nu este mai întâi un obiect pe care să-l înțelegem, ci, ca urmare, cineva cu care vorbim. Ambele relații (subiect – obiect, subiect – subiect) se întrepătrund. Altfel spus: înțelegerea celuilat nu este separată de faptul că se vorbește cu acesta." Celălalt este, în același timp, obiect și subiect. Aceasta caracterizează și relația dintre medicul de familie și pacient. Amândoi se află într-o relație interpersonală în care însă medicul are datoria de a privi la celălalt, de a-l studia, de a trage asupra lui și de a-l trata (în sens larg). Toate aceste activități sunt determinate reciproc de relația intersubiectivă în care se află amândoi.

NOTA 8. AMENINȚĂRI ALE SĂNĂTĂȚII

Pe parcurs am evidențiat ceea ce în mod predilect cauzează bolile. Aceasta a necesitat formarea de noi teorii asupra apariției bolilor. La rândul lor, aceste teorii au determinat orientarea cercetărilor în anumite direcții, pentru găsirea anumitor cauze ale bolilor. Formularea teoriei și descoperirea cauzelor sunt deci interdependente. Formarea teoriilor nu este independentă de contextul cultural în care acestea apar.

Van Peursen[64] distinge trei faze ale evoluției istorice: cea mitică, cea ontologică și cea funcțională.

Prima fază numită mitică este caracterizată prin aceea că omul știe că a intrat în acțiune prin forțele care-l înconjoară, de care ajunge să fie dependent. Din oglindirea acestui fapt se trage semnificația magică a bolii. Boala este indusă de forțele care activează în natură, forțe ce au fost personificate

Scanned with OKEN Scanner

în vechime în zei. Boala apare deci din cauze mistice, prin voința zeilor, prin încălcarea unui tabu, prin desconsiderarea riturilor. Tratarea bolilor constă deci în combaterea demonilor, făcând uz de forțe magice, vrăjitorești, iar prevenirea bolilor se poate face, printre altele, prin utilizarea unui fetiș. Boala și păcatul erau deci corelate. Eliberarea de gândirea magic-demonică s-a petrecut abia o dată cu viziunea iudeo-creștină asupra naturii. Prin aceasta a învățat omul că el este deasupra naturii, că a primit sarcina dumnezeiască de a o stăpâni și conduce și nu numai de a i se supune. În cursul secolelor, gândirea magică nu a dispărut în întregime: Pascal mai credea că durerea este o pedeapsă pentru un păcat, Osbon pretinde în timpul nostru că boala vine de la diavol.

Faza ontologică este caracterizată prin posibilitățile de care dispune omul de a acumula cunoștințe. Inițial, el s-a eliberat de puterile nefondate care conduceau viața și moartea. Apoi, acumularea de cunoștințe a devenit chiar un scop în sine. În această fază o mulțime de teorii ale naturii bolilor au fost formulate, iar medicina s-a dezvoltat ca o știință modernă.

Faza funcțională este caracterizată prin tendința de a studia părțile în mod corelat, de a ne întreba mai puțin dacă semnele *sunt* și mai mult care este *sensul* lor. În faza anterioară atenția era orientată mereu către detaliu, acum este omul în totalitatea lui și în totalitatea schimburilor cu mediul său cu mult mai mult obiectul interesului.

Dezvoltările moderne ca cea a medicinii integrale, a medicinii de familie și a gândirii multicondiționale sunt tot atâtea invitații la abordare funcțională.

Celei trei faze sunt în fapt tendințe principale. Rădăcinile fazei ontologice și ale celei funcționale se găsesc în trecutul îndepărtat. Așa ajunge Edwin Smith în mileniul al treilea înainte de Cristos la vestitul papirus din Egipt care poate fi socotit ca un document al unei foarte pragmatice abordări a bolilor. În gândirea științifică de azi, faza ontologică și cea funcțională sunt considerate apropiate și fiecare are valoarea ei. Nu trebuie pierdut din vedere că tocmai sincretismul (a face uz de teorii de diferite naturi și, în consecință, de abordările lor practice) a caracterizat activitatea multor clinicieni.

În trecutul îndepărtat, bolile aveau cauze „naturale". Bolile infecțioase, bolile datorate insuficientei alimentări și boli datorate frigului sau căldurii sunt exemple în acest sens. Bolile de această natură erau drastic reduse. Acum există mult mai multe boli care sunt generate de fundamentele modelului cultural curent. Rousseau era de părere că bolile sunt cauzate mai ales de faptul că ne-am îndepărtat de ceea ce este natural și necesar spre o direcție care este nenaturală și duce la abundență. Cu certitudine, în cazul bolilor așanumite de civilizație, factorii care contribuie în mod deosebit la apariția lor sunt modul de viață, alimentația și alții asemenea (să ne gândim de pildă la bolile de inimă și de circulație). Se cade pe drept să se acorde interes situației sociale care dispune deja de autoritate de drept. În cadrul acestei note, este însă vorba despre ceva deosebit, și anume despre întrebarea cât de mult influențează dezvoltările sociale sentimentul de a nu te simți bine, sau cât de mult se influențează unele pe altele.

Aceasta din urmă influență nu trebuie cu necesitate (în sens strict) să conducă la boală, dar va duce sigur la un comportament cu care medicul de fa-

Scanned with OKEN Scanner

milie este mai devreme sau mai târziu confruntat, printre altele, pentru absenteismul de la lucru, solicitatea ajutorului lui sau al altor cadre medicale. Experimentarea tulburărilor stării de sănătate poate rămâne cu totul în afara câmpului de vedere al medicului. La sfârșitul socotelii reiese că medicul de familie stă singur pe vârful aisbergului. Pentru a putea înțelege într-adevăr bine acest vârf este nevoie să se dispună de o adevărată cunoaștere a părții care se află sub apă. Ce caracteristici sociale pot contribui la boală?

Schimbări rapide.

Una din cele mai caracteristice particularități ale societății prezente este faptul că schimbările din toate domeniile au loc într-un tempo foarte rapid. Aceasta are în vedere și domeniile muncii, timpului liber, modelul de consum, relațiile interpersonale. Dezvoltarea științei și tehnologiei se desfășoară atât de rapid, încât cunoașterea se perimează foarte repede. Aceasta are ca urmare, între altele, faptul că experiențele trecute nu mai pot în timp avea aceeași valoare de utilizare. Acestea trebuie transformate și adaptate noilor situații. Faptul este valabil atât pentru aspectele tehnice, cât și pentru cele organizatorice și umane.

Transferul cultural de la o generație la alta rămâne totuși valoros, dar acesta nu va privi și valorile tradiționale. Transferul cultural are sens dacă se transmit moșteniri culturale relevante. Astfel se manifestă deosebirile dintre generații. Tinerii au înțelegere mai mare față de schimbări și sunt mai supli în a le adopta; vârstnicii au o concepție mai critică în a deosebi valorile aparente de cele adevărate. Acestea toate cer însă o relație între oameni care nu este de la sine-înțeleasă, o distanțare critică a ceea ce există față de ceea ce apare, o alegere conștientă dintr-o multitudine de posibilități. Aceasta înseamnă că se schimbă chiar modelul normelor și valorilor. Dintr-o cercetare asupra schimbărilor social-culturale[65] reiese printre altele că, în perioada 1965–1970 și 1970–1975, concepțiile au devenit mai puțin tradiționale față de perioada precedentă. Schimbările par să intervină la grupurile de vârstă mai tânără (mai precis, la cei mai tineri de 40 de ani). Grupurile situate în sfera superioară a societății își schimbă mai mult semnificația decât cele aflate mai jos cu privire la o serie de aspecte (legate de egalitate sau inegalitate în conviețuire, libertate, credințele tradiționale și intervenția conducerii de stat).

Pentru mulți oameni este foarte dificil să țină pasul cu ritmul schimbărilor. Dintr-o cercetare asupra stresului reiese că ritmul cu care intervin schimbările este el însuși o cauză de stres (vezi capitolul 5). În ceea ce privește mediul, rezultă că mediul familial și cel de muncă sunt într-o măsură importantă determinante pentru felul în care ne simțim. În următoarele două paragrafe, ne vom ocupa de acestea.

Condițiile de muncă

Societatea de acum se caracterizează prin progrese în toate domeniile importante. Pentru început, prosperitatea a crescut repede în timp scurt. Astfel rezultă din nivelurile consumului care, pe cap de locuitor (1975 = 100), din 1965 până

Scanned with OKEN Scanner

în 1977 au crescut de la 70 la 107. Au crescut mai ales nivelurile de consum la bunurile de uz îndelungat[66]. Caracterul de consumator al olandezilor nu reiese clar numai din aceste cifre, ci și din expansiunea comerțului și a modului de a face reclame.

Paralel, este certă o reducere a locurilor de muncă în timp ce populația de profesionali apți de muncă va crește (1978–1981, cu 96 000 om/ani). Se pare că procentajele de participare la categoriile profesionale ale bărbaților din toate grupurile de vârstă descrește, mai ales la grupa 15 până la 19 ani, și 60 până la 69 de ani. Aceasta înseamnă că populația profesională ne-activă va crește și prin contribuția femeilor căsătorite care vor să participe la procesul de muncă.

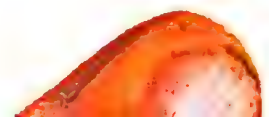
Trebuie să se realizeze că la cifrele absenteismului de boală și la cele privind WAO (Legislația pentru Incapacitate de Muncă) se adaugă și o parte a șomajului. O parte a cifrelor de absentare din motive de boală și WAO sunt dependente de condițiile de muncă. În *Raportul Social și Cultural* se trage concluzia că procentul de oameni care nu lucrează – deci nici temporar – va crește. Într-o comunitate în care mai mult de un sfert din populația profesională nu efectuează nici o muncă ce poate fi salarizată, va trebui să se revadă valorizarea muncii. Acest fapt este constatat în toată gravitatea lui de către mulți. Mulți șomeri sunt sub presiunea sentimentului de insatisfacție. A avea de lucru este ceva prețuit, ca și faptul de a avea pe termen lung de lucru. Pe cât se pare, există multe probleme privind prestarea muncii. În 1977, 36,2% au fost numite condițiile de muncă periculoase și nesănătoase; 29,5% au fost numite condiții de muncă neplăcute; 44,8% pune în discuție posibilitățile de promovare; 35,7% prea puțin timp liber; și 34,5% din femeile căsătorite consideră problematică munca pentru dificultățile create în familie. Există deci o mare constrângere legată de muncă.

Dacă aceste date sunt adăugate numărului mare de neparticipanți la procesul de muncă, este clar că această situație cere o intervenție în sensul schimbării. Este însă clar că tensiunea dintre cei ce lucrează și cei ce stau pe un ajutor social de șomaj sunt ușor de imaginat. Factorul muncă presupune deci cu claritate tensiuni vizibile care pot aduce cu ele senzația de a nu te simți bine, și care pot conduce la stres, suferințe și boli.

Familia și alte forme de conviețuire (vezi și capitolul 11)

Conviețuirea într-o familie sau alte forme de conviețuire par să fie în primă instanță o chestiune importantă pentru mulți oameni. În capitolul despre medicina de familie se va discuta acest subiect, dar acum se poate spune câte ceva pe scurt.

Forma tradițională de conviețuire a fost familia. La origini, era „Marea familie" (familia lărgită) în care copii, părinți, bunici, unchi și mătuși locuiau împreună formând o unitate socială și economică. Mai târziu, această formă



Scanned with OKEN Scanner

de familie s-a dezintegrat în familia (ii) nucleară(e), așa cum este cunoscută astăzi, constând din soț – soție și unul sau mai mulți copii. Deși majoritatea oamenilor tineri preferă să se căsătorească, totuși există un mare număr de oameni care preferă alte forme de convietuire care sunt mai mult sau mai puțin constrângătoare.

Din toți deținătorii de gospodării[67] din Olanda, jumătate este constituită de cupluri maritale cu copii[68]. Aproape 20% sunt cupluri fără copii (în care se disting trei categorii: cupluri care încă nu au copii, cupluri care au ales să nu aibă copii, și cupluri ai căror copii au părăsit deja casa părintească). Din toate gospodăriile, 5% sunt formate dintr-un părinte cu unul sau mai mulți copii, iar aproximativ 3% constau din cupluri nemaritale necăsătorite (de exemplu, concubinaj, cupluri homofile).

Se pare că viziunea asupra căsniciei este vizibil mai puțin „romantică" decât în trecut, în timp ce toleranța cu privire la viața sexuală în afara căsniciei a crescut. Și toleranța față de minoritățile sexuale, ca homosexualii, a crescut[69]. În trecut, cei cu educație scăzută erau cel mai puțin toleranți, acum acest lucru s-a schimbat. Acceptarea de către oameni a celor de altă rasă ca vecini este însă diminuată. Rata căsătoriilor este în descreștere, mai întâi prin tendința de a amâna decizia de căsătorie. La aceasta contribuie existența altor modalități de convietuire și cea de dinaintea căsătoriei. De asemenea, o serie de constrângeri decurgând din căsătorie sunt, datorită îmbunătățirii anticoncepționale și posibilităților de a avea avort provocat, mai reduse decât în trecut. Numărul divorțurilor a crescut mult. La aceasta a contribuit secularizarea, urbanizarea și individualizarea de familie[70]. Toți acești factori dau divorțului un „caracter natural (de înțeles)", în timp ce controlul social a devenit mai scăzut. Schimbarea funcțiilor familiei contribuie de asemenea la apariția divorțului (vezi capitolul 11); el este facilitat din punct de vedere organizatoric. Pe deasupra, divorțul poate fi favorizat de emanciparea femeilor. Într-o serie de cazuri, divorțul pare să fie o chestiune foarte emoțională; în multe cazuri, omul are probleme practice și emoționale.

Alte aspecte

Modelul de viață este în mare grad determinat de familie și muncă. Mai sunt însă și alți factori care exercită influență asupra a cât de bine ne simțim sau asupra apariției suferințelor. Despre aceștia se poate vorbi mult, dar aici se vor enumera numai câțiva.

a Posibilitatea de a avea contacte cu vecinii. Aceasta depinde într-o măsură importantă de compoziția vecinătății și de eventualitatea contactelor de o manieră implicativă, influențată de gradul în care izolarea și anonimatul sunt combătute, de nevoia de a cere ajutor. Existența în mediul rural aduce mai multe posibilități în acest sens prin modul de locuire, structura socială și modelul de viață, decât un apartament elegant într-un oraș mare (vezi mai mult în capitolul 11).

b Are loc în continuare o mărire a scarei fenomenelor. Aceasta se manifestă mai ales în zonele urbanizate ale convietuirii în care apar probleme de

Scanned with OKEN Scanner

birocrație și centralizare, înstrăinare și fragmentare profesională pe zeci de funcții, probleme care au ca urmare, între altele, greutăți în circulație (cozi de mașini între casă și locul de muncă), deteriorarea mediului.

În ce măsură influențează factorii mai sus-numiți, și alții felul în care ne simțim și bunăstarea noastră? O cercetare a fost efectuată în acest sens în 1974 și 1977. Cu ajutorul indicatorilor s-a obținut o cunoaștere a măsurii în care există „o satisfacție, mulțumire generală față de viață". A rezultat că un sens al deprivării generale (experimentarea în general a reducerilor) apare relativ des la vârstnici, la locuitorii zonelor urbanizate și la persoanele cu o altă stare civilă decât căsătorit (deci divorțați, văduvi, necăsătoriți). Acest rezultat privește și pe cei cu statut social scăzut și oarecum și cu condiția de femeie. Cei ce sunt antrenați în viața religioasă resimt mai puțin această deprivare generală.

Dacă sintetizăm, atunci trebuie să ajungem la concluzia că o serie de factori de care depinde foarte mult faptul de a nu ne simți bine sunt, în societatea de azi, mai curând în creștere decât în scădere.

Obiceiuri de viață riscante

Sănătatea vesticului este amenințată și de un număr de obiceiuri riscante de viață. În societatea vestică modernă omul nu mai este mușcat de șerpi sau otrăvit de alimente stricate. Sunt alte riscuri în acțiune care îi pot aduce moartea.

a Numărul victimelor accidentelor de circulație este mare. La 100 000 de locuitori, în 1976, au fost 454 de victime. Numărul morților crește iar, după o ușoară scădere datorată limitării vitezei în legătură cu criza petrolieră.

b Într-o măsură crescută acționează factorul consumul de alcool. În 15% din cazurile mortale de accidente rutiere, cauza a fost abuzul de alcool.

c Consumul de alcool și droguri a crescut enorm. Pe cap de locuitor, în 1976, consumul a fost de 2,5 litri (100% distilat), 94 litri de bere și 11,5 litri de vin.

d Fumatul crește de asemenea. În 1977 au fost consumate aproape 2 000 de țigări pe cap de locuitor.

Urmările asumării acestor riscuri sunt cunoscute: boli de ficat, boli de inimă și circulatorii, boli respiratorii, fără a pierde din vedere probleme de relaționare, tulburări de comportament și criminalitate.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Weyel, J. *Psihologie medicală*, Utrecht, 1961.

2 Williamson, J. D. Și K. Danaher, *Autoîngrijirea sănătății*, Londra, 1978.

3 „Asistența medicală a cazurilor acute", US 1973–1974. *Seria 10 de statistici de viață și sănătate*, nr. 129, NCHS, Hyattsville, 1979.

4 Dijk, P. van, *Către un sistem sănătos al serviciilor medicale*, Deventer, 1978.

5 Williamson, *ibid.*

6 Suchman, E. A., „Stadii de boală și îngrijirea medicală", *J. de Sănătate și Comportament Uman*, 1965, 6, 144.

7 Brouwer, W. Și F. Touw-Otten, „De la suferință la plângere; o analiză a perioadei premedicale", *Medicul de casă și știința*, 1974, 17, 3

8 Kosa, J., J. K. Zola și A. Antonovsky, *Sărăcie și sănătate*, Cambridge, 1969.

9 Zborowski, M., „Componente culturale ale reacției la durere", În E. G. Jaco (ed.), *Pacienți, medici și boală*, New York, 1958

10 Zola, J. K., *Factori socio-culturali în căutarea ajutorului medical*, New York, 1962. Și „Probleme de comunicare, diagnoză și asistarea pacientului", *J. Med. Ed.*, 1963, 38, 829.

11 Mechanic, D. Și E. H. Volkart, „Comportamentul de boală și diagnosticul medical", *J. Sănătate și Comportament Uman*, 1960, 1, 86. Și „Stres, comportament de boală și rolul de bolnav", *Am. Social Review*, 1961, 26, 51.

12 Blackwell, B. J., „Expectațiile adulților din clasa superioară de mijloc cu privire la intrarea în rolul de bolnav de disfuncții psihice și psihotice", *J. Sănătate și Comportament Social*, 1967, 8, 12.

13 Aitken-Swan, J. și R. Paterson, „Pacientul de cancer: amânare în căutarea de aviz" („Cancerpatient: delay in seaking advice"), *Br. Med. J.*, 1955, 1, 623.

14 Cobb, B., „Amânarea pe răspunderea pacientului a tratamentului în cancer", *Cancer*, 1954, 7, 920.

15 Rosenstock, J. M., citat în Kasl, S. V. și S. Cobb, „Comportamentul față de sănătate și comportamentul bolnavului", *Arch. Environm. Health*, 1966, 12, 246.

16 Kuyvenhoven, M. M. Și F. Touw-Otten, *Proiectul faza premedicală*, partea I, Institutul Sociologic și Institutul pentru Medicina Medicului de Familie, Utrecht, 1977.

17 Kosa, J., J. K. Zola și A. Antonovsky, *op. cit.*, 1969.

18 Velden, H. G. M. van der, *Gospodina, medicul de familie, familia casei*, Dizertație, Nijmegen, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

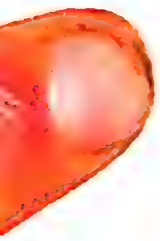
19 Cassee, E. Th., *La doctor*, Dizertație, Leiden, 1973.
20 Weisz, J. E. și M. R. Grienlik, „Determinanți ai utilizărilor asistenței medicale", *Medical Care*, 1970, VIII, 456.
21 Moerkerk, H., „Centrul de Aviz pentru Tineri (JAC) din Amsterdam", *Metamedica*, 1972, 51, 242.
22 Bruggen, H. van der, „Străinul, comportamentul său la boală și vindecare", *Metamedica*, 1979, 58, 64.
23 Jongmans, D. G., „Gândirea despre sănătate și boală în Africa de Nord", *Medic și asigurări sociale*, 1978, 16, 63.
24 Mootz, M., „Calitatea de membru al Asigurărilor Medicale și consultarea medicului de familie", *Med. Contact*, 1978, 33, 1465.
25 Kuyvenhoven, M. M. și F. Touw-Otten, *op. cit.*, 1977.
26 Last, J. M., „Aisebergul «completarea imaginii clinice» în practica generală", *Lancet*, 1963, 7. 297.
27 Dool, C. W. A. van den, „Unele posibilități de depistare timpurie a bolilor grave în practica medicului de familie; posibilități ale prevenției secundare", *Medicul de familie și știința*, 1970, 13, 3.
28 Bergsma, J. J., *Cercetarea de medicina preventivă în practica medicului de familie*, Dizertație, Nijmegen, 1966.
29 Fuldauer, A., *Cercetarea vârstnicilor în practica medicului de familie*, Dizertație, Leiden, 1966.
30 White, K. L., „Tehnologia și asistența medicală", *New Eng. J. Med.*, 1972, 287, 1. 223.
31 Haan, H. R. M. de și W. A. L. Dekker, *Marele Dicționar de Medicină*, Leiden, 1956.
32 Weyel, J. A., *op. cit.*, 1961.
33 Kasl, S. V. și S. Cob, *op. cit.*, 1966, 246.
34 Bramlage, C. A. A., *Sănătatea și bolile din Zultphen*, Dizertație, Leiden, 1962.
35 Moll van Charante, A., *Senzația de boală, comportamentul față de boală*, Dizertație, Utrecht, 1980.
36 Zola, J. K., *Puterea medicală*, Meppel, 1973.
37 Illich, J., „Medical Nemesis", *Lancet*, 1974, 918.
38 Weyel, J., *op. cit.*, 1961.
39 De exemplu, Wadsworth, M. E. J. și alți, *Sănătate și boală: alegerea tratamentului*, Londra, 1971.
40 Alpert, J. J., J. Kosa, R. J. Haggerty, „Ajutorul medical și asistența maternă (ca a surorilor medicale) în viața familiilor cu venituri mici", *Pediatrics*, 1967, 39, 754. Conform acestei cercetări, 1 din 8 suferințe i se acordă atenție în care este cuprinsă automedicația și consultul profesional.
41 Booth, A. și B. Babchuk, „Căutarea asistenței sănătății de la noi resurse", *Health and Social Behavior*, 1972, 13, 90-99.

Scanned with OKEN Scanner

42 *Morbiditatea*. Centrul Medical Hoensbroek Nord. Ministerul Sănătății și Higienei Mediului. Haga 1973. și Heyendael, P. H. J. M. și alții, *Familie și boală*, Nijmegen 1972, 117–119.
43 Brouwer, W. Și F. Touw-Otten, *op. cit.*, 1974, 17, 9.
44 Kasl, S. V. Și S. Cobb, *op. cit.*, 1966, 12, I: 246–266, II: 531–541.
45 Rosenstock, J., „De ce folosec oameni serviciile medicale", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44, II: 94–127.
46 *Monografii Educative pentru Sănătate*, 1974, 2, 4.
47 Kasl și Cobb, ibid., 258.
48 Freidson, E. *Perspectiva pacientului asupra practicii medicale*, New York, 1961, 192–207. Și *Profesia medicinei*, New York, 1970, 290.
49 Pentru comentariile introduse la rezultatele cercetărilor și restrângerea cercetărilor privitoare la operaționalizarea ipotezelor lui Freidson, vezi raportul bibliografic: Kuyvenhoven, M. M. și F. Touw-Otten, *op. cit.*, 1976, Partea I: Cercetare documentară.
50 Geertsen, R. și alții, „O reexaminare a perspectivei lui Suchman asupra factorilor sociali în utilizarea asistenței de sănătate", *J. Health and Social Behavior*, 1975, 16, 2, 226–237.
51 Acest termen a fost folosit pentru prima oară de R. Andersen în „Un model comportamental al utilizării de către familii a serviciilor de sănătate", *Research Series*, 1968, 25.
52 Cobb, B., *op. cit.*, 1954, 7, 920–926.
53 Kuyvenhoven, M. M. și F. Touw-Otten, ibid., 84.
54 Booth, A. Și N. Babchuk, ibid., 90–99.
55 Brouwer, W. și F. Touw-Otten, ibid., 11.
56 *Consumul medical*. Raport de cercetare asupra consumului medical la olandezi pe anul 1970, J. Jessen, Institutul Sociologic al Universitățiide Stat. Groningen, 1974.
57 *Consumul medical, ibid.*
58 Brouwer, W. și F. Touw-Otten, *ibid.*, 10.
59 Kuiper, J. P., *Aceasta va fi grija noastră*, Assen, 1975.
60 Fortmann, H., *Oamenii în totalitate*, Baarn, 1972.
61 Levinas, E. *Fizionomia umană*, Baarn, 1969.
62 Horell, M. A. și alții, *Investigarea relațiilor de rasă în Africa de Sud*, Institutul Sud African de Relații Rasiale, Johannesburg, 1973.
63 Vestdijk, S., *Eseuri in duodecimal*.
64 Peursen, C. A. van, *Strategia culturii*, Amsterdam, 1970.
65 *Raport social și cultural*, Haga, 1978.
66 *Evidență statistică*, Biroul Central de Statistică, Haga, 1978.
67 O gospodărie este, după BCS (Biroul Central de Statistică) orice grup de două sau mai multe persoane care locuiesc împreună și care se gospodăresc în comun.

Scanned with OKEN Scanner

68 Beuckens-de Vries, M., „Forme de familii și gospodării", în Corver, C. J. M., și alții *Familie și conviețuire*, Assen/Amsterdam, 1978.
69 *Raport social și cultural*, *op. cit.*, Haga, 1978.
70 Hoog, C. de, „Divorțul în Olanda", în Corver, C. J. M. Și alții, *op. cit.*, Assen/Amsterdam, 1978.



Scanned with OKEN Scanner

4 Boli și suferințe cu care este confruntat medicul de familie

Din rațiuni variate, este important pentru medicul de familie să beneficieze de o cunoaștere largă a suferințelor, simptomelor și bolilor care ajung sub ochii lui, ceea ce pe scurt este specificat ca „modelul de morbiditate". Una din cele mai importante rațiuni este aceea că cunoașterea frecvenței bolilor contribuie la procesul de diagnosticare: după cum boala apare mai des, aceasta va constitui fundamentul evaluărilor medicului de familie.

Cunoașterea frecvenței este de asemenea importantă pentru felul în care este organizată efectuarea practicii sale. Ajutorul ce este oferit depinde de formularea problemei sau a diagnosticului. Dacă, de exemplu, apar multe boli psihosomatice și funcționale, atunci aceasta reclamă alocarea de timp și posibilități de colaborare cu alți profesionali din prima linie (ca asistentul social). Dacă se prefigurează multe boli cu temperatură, atunci practica va trebui organizată astfel ca să permită vizite la domiciliu. Dacă apar multe stări periculoase pentru ficat, atunci medicul de familie trebuie să fie accesibil încontinuu. Pentru student, „modelul de morbiditate" este important pentru cunoașterea a ceea ce va întâlni în circumscripția sa. Aceasta pare să fie foarte deosebit în realitate față de situațiile cu care are de a face în specializarea medicală.

În acest capitol, vor fi discutate atât natura cât și gravitatea bolilor din practica medicului de familie.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

În capitolul precedent ne-am ocupat în principal de întrebarea de ce cineva, la un moment dat, consultă medicul de familie. A reieșit că factori foarte diferiți influențează luarea acestei decizii. În acest capitol vom încerca să conturăm o cunoaștere mai avansată a naturii suferințelor și semnelor de boală cu care este confruntat medicul de familie. Acest fenomen este numit și modelul de morbiditate, un termen nu întru totul potrivit pentru că nu este vorba numai de boli. Dar pentru că acest termen s-a încetățenit, îl vom folosi și noi. Există diferite motive pentru care să i se acorde atenție:

a formarea imaginii asupra medicinii familiei;
b semnificația lui pentru procesul de diagnosticare;
c maniera în care este reglementată configurația practicii;
d considerații de ordin social;
e considerații de ordin științific.

Ad absurdum **a)** Un student acumulează cea mai mare parte a cunoștințelor și experienței sale în timpul cursurilor și co-asistarea pe secții de specialitate ale medicinii. Aici se dezvăluie o imagine a viitoarelor probleme medicale din comunitate care nu este tocmai conformă cu realitatea. Via lucrului în prima linie, medicina medicului de familie oferă o mult mai bună imagine a realității, ceea ce a rezultat din capitolul 3, deși parțial. În orice caz, modelul de morbiditate clinic și cel al practicii medicului de familie nu sunt pe deplin identice. Clasică în acest sens este cercetarea lui Keith Hogdkin[1]. El a înregistrat bolile cu care a venit în contact ca student și apoi ca medic de familie. Figura 4–1 aduce în imagine unele din faptele constatate de el.

Ad absurdum **b)** În capitolul 8 se va arăta că la stabilirea diagnosticului, un medic de familie cunoaște o serie de considerente pe care adesea chiar pe jumătate conștient le folosește. Este evident că frecvența cu care afecțiunile beneficiază de o modalitate de tratare/abordare depinde parțial de ipotezele pe care le are la dispoziție medicul de familie. Astfel, la un pacient cu tuse, o primă posibilitate de luat în considerație este aceea a unei infecții a căilor respiratorii superioare și abia mai târziu, apariția unei boli mai puțin frecvente. Este deci bine pentru medicul de familie să dețină cunoștințe solide despre frecvența probabilă a acelei boli. Este inutil să mai spunem că și alți factori influențează procesul de diagnoză. Despre aceasta se va vorbi mai mult în capitolul 8.

Ad absurdum **c)** Medicul de familie va explicita clar cum va rezolva problemele pe care le primește în tratare. Aceasta se poate exprima în diferite modalități. O satisfăcătoare prevenire a bolilor de inimă și circulatorii poate fi îndeplinită de medicul de familie printr-o fundamentare mai bună a diagnosticării în acest domeniu (de exemplu, electrocardiogramă). Dacă are de a face cu multe afecțiuni funcționale sau psiho-somatice, atunci el își va organiza ora de consult neprogramabilă astfel încât să le poată da timpul necesar. Dacă medicul de familie are de a face cu multe boli ale aparatului loco-motor, atunci el trebuie să se asigure de contactul strâns cu un fizioterapeut. Aceste exemple se pot completa cu zeci de altele asemenea.

Scanned with OKEN Scanner

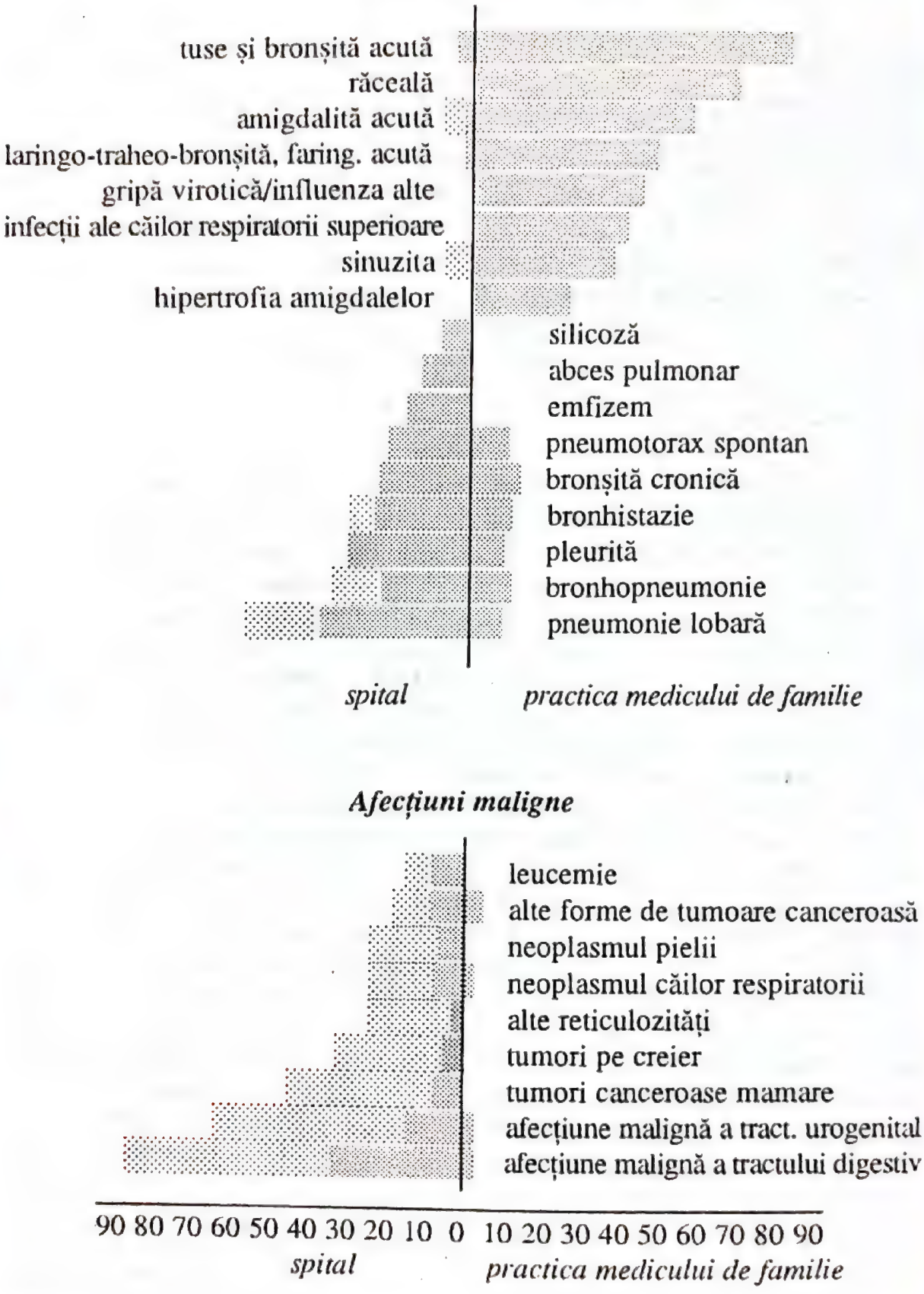


Figura 4–1
Frecvența de apariție a afecțiunilor în spital și practica medicului de familie (după Hodgkin).

Scanned with OKEN Scanner

Ad absurdum **d)** De când cu revitalizarea medicinii medicului de familie din anii '50 s-au efectuat, în țară și străinătate, multe serii de studii asupra morbidității. Câteodată ele au dus la o lărgire a cunoașterii problematicii, alterori s-a oferit mai ales o clarificare a felului de a formula problemele. S-ar părea că atenția acordată acestor forme ale cercetării științifice este în descreștere, deși o recent emisă clasificare internațională[2] pare să fie semnul unei relansări în acest domeniu.

Ad absurdum **e)** Înregistrarea datelor privind morbiditatea are loc la cererea, printre altele, a conducerii de stat care, pe baza considerentelor specifice, este interesată în evoluția modelului de boală pe tot teritoriul țării, de exemplu, a modelului bolilor infecțioase sau afecțiunilor și bolilor de inimă și circulatorii. La aceasta, o contribuție este adusă de instanțe de planificare printr-un proiect comun al Institutului Olandez al Medicilor de Familie și Inspecția Generală Medicală[3].

CLASIFICAREA BOLILOR

Pentru a face posibilă înregistrarea datelor de morbiditate a fost stabilit un sistem de clasificare atât în utilizarea spitalelor cât și a practicilor medicilor de familie. A existat întotdeauna dorința de a colecta datele de morbiditate de la diferite surse astfel încât să fie bine asamblate. De aceea s-a apreciat ca foarte valoros fundamentul social al acestor sisteme de înregistrare. Bineînțeles, fiecare înregistrare a unei boli în lume este bazată pe *Clasificarea internațională a bolilor* (prescurtat *ICD)*[4]. Aceasta provine la origini din *Clasificarea cauzelor morții (Classification of causes of death)* a lui Bertillon (1893), care a fost premers de Sauvager (1706–1777) în încercarea de a ajunge la o clasificare a tuturor afecțiunilor într-un mod analog celui în care Linneaus (Linné) a încercat să plaseze într-un singur sistem toate plantele.

Cam în același fel a încercat ICD de a detecta originea clasificării cauzelor care duc la moarte. A existat obiecția la a utiliza o departajare pe clase funcție de diferite principii, fie o împărțire în funcție de localizare (tractus, aparatul afectat) sau/și o împărțire funcție de natura bolilor (infecțioase, maligne). De asemenea ICD a avut inițiativa de a se orienta puternic în direcția stabilirii diagnosticului pe baza investigării interne (intramural). În 1977 s-a introdus totuși o revizie care a adus un mare număr de îmbunătățiri. Dată fiind posibilitatea largă de a disocia noi boli, s-a considerat că, pentru o serie de cazuri, trebuie făcută posibilă o clasificare dublă: pe de o parte, după etiologie, pe de alta, după forma semnelor de apariție a bolii. Pentru medicina familiei este important mai ales ca posibilitățile de a beneficia de uzanțe policlinice și externe (extramural) să fie amplificate. De asemenea, se poate ca pentru un număr de cazuri să se înregistreze ceva legat de gravitatea tabloului bolii, ca de pildă în cazul afecțiunilor maligne. În capitolul despre afecțiunile psihice sunt abordate formele de descriere care pot mări uniformitatea, standardizarea codificării.

Totuși, pentru practica medicului de familie, înregistrarea foarte detaliată

Scanned with OKEN Scanner

conform ICD-ului rămâne dificil de manipulat. În perioada dintre 1954 până în 1972 s-au lansat în diferite țări clasificări pentru practica medicului de familie. O faimă certă a primit-o clasificarea „Lista E" lansată de englezul Eimerl care a conceput 523 de diagnoze care pot fi stabilite relativ foarte satisfăcător în practica medicului de familie. Această listă a fost tot atunci tradusă în olandeză. A apărut însă repede nevoia unei mai bune liste care să facă posibilă efectuarea de cercetări cu caracter comparabil internațional.

Grupul numit mai înainte WONCA (World Organization) a stabilit o listă valabilă mai scurtă extrasă din cea a ICD-ului, care a fost revizuită în 1979[5].

PROBLEMA DIAGNOSTICULUI

O înregistrare constă sau reiese dintr-o denumire a ceea ce se vrea a fi înregistrat. În legătură cu aceasta se ridică probleme privind condițiile de lucru ale medicului de familie, succedarea aspectelor problematice și persoana medicului de familie.

Dependența de condițiile de lucru ale medicului de familie

Deoarece medicul de familie lucrează în prima linie a serviciilor medicale, el nu este întotdeauna în stare de a stabili „o diagnoză". Cauzele acestui fapt sunt:

a medicul de familie este confruntat des cu pacienți care se află în stadiul inițial al bolii; deci simptomele nu sunt suficient de clare sau insuficient manifestate;

b el este confruntat cu boli care nu sunt de natură gravă, pentru a căror diagnosticare etiologică sunt necesare metode de investigare ce sunt complicate și costisitoare și care nu corespund mereu gravității respectivei afecțiuni; pe deasupra, amânarea cercetării de laborator cu un timp scurt presupune adesea că timpul de așteptare să ducă până la însănătoșirea pacientului;

c medicul de familie vede des pacienți la care semnele de boală au reapărut, sau repetat, ceea ce poate îngreuna stabilirea diagnosticului.

S-a demonstrat că abia 5% din toate diagnozele din practica medicului de familie constau în certitudinea din punct de vedere etiologic, patologic și prognostic al respectivelor afecțiuni[6]. În 95% din toate afecțiunile se utilizează unul sau mai multe din aspectele de mai sus. O parte din aceste afecțiuni sunt diagnosticate cu o mare certitudine datorită cunoașterii punctelor de vedere enumerate. Dintr-o cercetare efectuată de Unitatea de Cercetare din Birmingham a Colegiului Regal a Medicilor Generaliști (Birmingham Research Unit of Royal College of General Practitioners) rezultă că în 56% din cazuri este vorba de o diagnosticare fermă, în 30% este o diagnosticare probabilă , iar în 8% nu este stabilită nici o diagnoză.

Dependența de succedarea problemelor

Formularea unui diagnostic și înregistrarea lui ca atare este o modalitate de a denumi problema așa cum este ea recunoscută. Medicul folosește diagnosticul ca fiind o ipoteză de lucru pentru acordarea de ajutor și, în consecință,

Scanned with OKEN Scanner

a tratamentului. Dacă el va consideră decisiv că sarcina lui este de a stopa sau vindeca un proces primar de boală, atunci el poate satisface principiul înregistrării conform denumirii acelui proces de boală.

O problemă este aceea că în procesul de boală intervin în mod variabil diferiți factori corporali, spirituali și chiar sociali. Este deci necesară acordarea integrală de ajutor (vezi capitolul 10 și 13 în care acest aspect este dezvoltat). Această problematică complicată este dificil de formulat clar și de aceea este dificil de clasificat. În clasificarea existentă nu se poate ține seama decât de o dimensiune în denumirea unei boli. Urmarea este că medicul de familie aproape că nu-și poate recunoaște pacientul clasificat unidimensional pentru că ceea ce există în realitate nu corespunde unei expresii înregistrabile. Uneori o problemă ajunge să fie preluată de mai multe diagnoze formulate asupra aceluiași pacient; înregistrarea acestora ar putea fi o soluție.

Dependența de persoana medicului de familie

O comparare a statisticilor diagnozelor stabilite de diferiți medici de familie ne învață că există o foarte puternică variație între doctori („interdoctor"). Așa reiese dintr-o cercetare asupra a patru medici de familie dintr-o practică de grup din Ommoord[7]. În trecut s-a efectuat multă cercetare asupra apariției suferințelor și afecțiunilor „psihice". A rezultat că acei medici au emis evaluări foarte diferite, variind de la 2% până la 80%. Un asemenea rezultat poate fi explicat numai prin diferențele dintre felurile în care medicii de familie abordează problema.

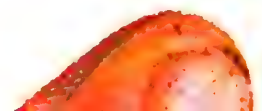
Mai exact, este vorba de măsura în care prevalează latura „psihică" sau „somatică" a unei suferințe și influența acesteia asupra modului în care suferința este înregistrată.

PROBLEME ALE CODIFICĂRII

Rezultatele înregistrării morbidității depind nu numai de „diagnosticare", dar și de întrebarea *ce anume* pacienți sunt înregistrați. Aceasta depinde de scopurile în care urmează să fie folosită înregistrarea; poate fi vorba să se obțină o conturare a stării îmbolnăvirii unei populații sau se vrea cunoașterea totalului purtătorilor de boli cronice, caz în care toți pacienții de boli cronice vor trebui înregistrați. Vor trebui astfel înregistrați și pacienții care sunt în tratamentul unui specialist. Dacă însă aceasta aduce cu sine împovărarea muncii medicului de familie, atunci cei din ultima categorie nu mai trebuie reînregistrați.

În înregistrarea morbidității vor fi utilizate următoarele trei noțiuni epidemiologice:

a *Incidența*. Prin aceasta se va înțelege totalul *noilor* cazuri de boală preluate într-o anumită perioadă. De cele mai multe ori, incidența se exprimă pe 1 000 de persoane pe an. Aceasta poate fi exprimată și pe 3 luni, ca în Studiul



Național al Bolilor și Performanțelor din Practica Medicilor de Casă (SNBPPMC). Incidența pe care medicul de familie o întâlnește în practica sa depinde de comportamentul față de boală al oamenilor implicați (adică dacă ei se adresează medicului de familie) și de diagnoza pe care acesta o poate formula.

b *Prevalența*. Prin aceasta se va înțelege totalul cazurilor de boală care apar la un grup de oameni. Numărarea acestora poate privi o anumită perioadă, despre care se vorbește ca fiind „perioada-de-prevalență". În general exprimarea se face pe 1 000 persoane pe an, dar și pe perioade de câte 3 luni. Colateral este folosită și noțiunea „prevalența de moment" care desemnează totalitatea cazurilor de boală la un moment dat. Dacă se determină incidența și prevalența aceluiași grup, cea de a doua este întotdeauna de la sine cea mai ridicată. Prevalența depinde de metoda de înregistrare. Dacă aceasta este definitiv stabilită de către medicul de familie prin numărarea tuturor cazurilor de boală „vechi" și „noi" care i-au venit sub ochi, atunci rezultatul va fi diferit față de cel bazat pe o analiză a administrației pacienților săi. În primul rând este posibil ca unii pacienți să cadă în afara câmpului său de vedere, de exemplu cei ce sunt conectați controlului sau tratamentului unui specialist. Prevalența poate fi iar stabilită ferm prin înregistrarea chiar a unei părți a populației, ca de pildă prin intermediul investigărilor periodice. Dacă purtătorii unei boli nu sunt în tratamentul/consultul unui medic de familie, se poate ajunge la rezultate mai ridicate ale prevalenței.

c *Cifra consultațiilor*. Prin aceasta se va înțelege numărul contactelor dintre pacient și medic pe o anumită perioadă. În general, și această cifră indicator este stabilită la 1 000 persoane pe an.

Aceste trei noțiuni pot fi utilizate în diferite feluri:

a cifra consultațiilor exprimă cel mai bine conținutul muncii medicului de familie;

b prevalența aproximează cel mai bine modelul de îmbolnăvire al unei populații;

c incidența își demonstrează utilitatea în procesul de diagnosticare în care un rol este jucat de existența riscului pentru o anumită boală (vezi mai departe capitolul 8 și capita selecta, subiecte alese).

SURSE PENTRU MODELUL DE MORBIDITATE

În Olanda s-au efectuat multe studii și se mai efectuează încă asupra morbidității. Primul mare studiu olandez a fost efectuat de SNBPPMC („cercetarea intermitentă a morbidității") între 1966–1967 asupra a 52 de medici de familie repartizați aproape în toată Olanda.

Paralel cu aceasta s-a efectuat o înregistrare continuă (CMR) în practicile a patru medici de familie. Rezultatele au fost prezentate de Oliemans[8]. În mod sigur, proiectul *instanțelor de planificare* este o urmare a inițiativei SNBPPMS: o rețea de 52 de medici de familie au înregistrat săptămânal un

Scanned with OKEN Scanner

număr limitat de suferințe, afecțiuni și stări prezente. NUHI a reușit înregistrarea continuă timp de trei ani la rând într-o practică de grup din Stolwijk. Înregistrări continue se fac pe mai departe la centrul, complexul de sănătate (sanatorial) Ommoord (Rotterdam) și în practicile a patru medici de familie conectați la Institutul din Nijmegen al Medicului de Familie. De o mare importanță este sus-numitul SNBPPMC efectuat la sfârșitul anilor „80 de către NIVEL (un proiect cu acest nume).

Din rândul studiilor efectuate în străinătate, doua studii naționale engleze făcute în 1955 și 1971 sunt mai importante[9]. Studii interesante au fost efectuate și în Australia, Danemarca, Norvegia, fosta Iugoslavie și în alte țări. Toate aceste studii sunt importante în a ajuta medicul de familie să achiziționeze cunoștințe asupra modelului de morbiditate din practica medicului de familie.

Așa cum s-a arătat în capitolul 3, este cert că modelele de morbiditate emise de variate practici ale medicilor de familie pot fi foarte diferite. Partea vizibilă a aisbergului este totuși dependentă de un mare număr de factori, cum sunt comportamentul față de boală al pacientului și abordarea de către medic a problemelor. Dar și absența bolilor influențează partea vizibilă și aceasta depinde de compoziția pe vârstă, sex a practicii, de exercitarea profesiunii, de gradul de urbanizare și altele asemenea. Evoluțiile epidemiologice pot de asemenea influența modelul de morbiditate. În plus, frecvența consulturilor poate fi influențată, printre altele, de posibilitatea de a consulta alți profesioniști – medicali sau nemedicali.

MODELUL DE MORBIDITATE

Ne vom ocupa acum de o serie de aspecte ale modelului de morbiditate. Astfel va fi vorba de următoarele aspecte:

a unele date generale asupra frecvenței consultaților în funcție de vârstă și sex;
b psihosomatica în practica medicului de familie;
c diagnoza stabilită în cadrul practicii medicului de familie;
d afecțiunile cronice;
e gravitatea bolilor și afecțiunilor;
f pacienți cu probleme de comportament;
g munca preventivă;
h moartea (mortalitatea).

UNELE DATE GENERALE ASUPRA FRECVENȚEI CONSULTAȚIILOR ÎN RAPORT CU VÂRSTA ȘI SEXUL

Global vorbind, în decursul unui an, 60 până la 70% din totalul oamenilor vizitează medicul de familie o dată sau de mai multe ori; în doi ani procentul se ridică la 80%, iar în trei ani la 90%. Din tabelul 4-1 rezultă că o cincime din totalul pacienților au cinci sau mai multe contacte pe an cu medicul, ceea

Scanned with OKEN Scanner

ce constituie 70% din capacitatea/încărcarea cu lucru (exprimat în număr de contacte medic–pacient). În aceasta nu este cuprins aproape 7% pacienți care au zece sau mai multe contacte pe an și care împreună constituie cauza a mai mult de o treime a încărcăturii de lucru.

Din aceste date nu rezultă cine sunt utilizatorii (mai) frecvenți: suferinzii de o boală cronică, pacienții neurotici sau alții? Din tabelul 4–2 rezultă că, pe an, femeile consultă mai mult decât bărbații medicul de familie. Din tabelul 4–3 reiese că această diferență există mai ales la femeile între 15 și 45 de ani, și într-o măsură considerabilă la femeile între 45–65 de ani. Frecvența ridicată a consulturilor femeilor între 15 și 45 de ani este parțial amplificată de aspecte ale controlului nașterilor, graviditate și naștere, afecțiuni urogenitale și probleme psihice. Tabelul 4–3 evidențiază în același timp faptul că mai ales copiii între 0 și 4 ani și vârstnicii necesită mult ajutor, și că femeile necesită cu 40% mai mult ajutor decât bărbații.

Din cercetarea lui Oliemans în care au fost asamblate datele din perioada 1966–1967 reiese că medicul de familie a avut în medie de 4,2 ori contacte cu fiecare pacient. Foarte probabil, această cifră este acum mai scăzută. În cele două cercetări engleze efectuate în 1955 și 1970–1971 rezultă 3,7 și respectiv 3,0 media contactelor pe an, pe pacient. Alte studii din străinătate indică valori asemănătoare ale contactelor dintre medic și pacient. Pe această bază se poate aștepta în Olanda o medie de aproximativ 3,5 contacte de acest fel pe an.

Tabelul 4–1
Împărțirea pacienților după numărul contactelor pe an cu medicul de familie. (Preluat din al doilea studiu englez asupra morbidității.)

numărul contactelor medic–pacient pe an	*procentul pacienților*		*încărcătura de lucru a medicului exprimată în număr contacte*	
0	35,9		0	
1	16,1		5,4	
2	11,7		7,9	
3	8,4		8,5	
4	6,2		8,4	
5	4,6		7,8	
6	3,4		6,9	
7	2,7		6,4	
8	2,1	21,6%	5,7	70%
9	1,6		4,9	
10-14	4,5			
15-19	1,6	7,2%		37%
20 și peste	1,1			

În legătură cu această situație este cazul să se mediteze asupra următoarelor lucruri. La întrebarea dacă să se consulte sau nu medicul de familie, pacientul este cel care, în ultimă instanță, răspunde (sau ar trebui). Dacă este nevoie de un consult sau vizită următor(-oare), medicul de familie este cel care hotărăște. Dintr-o cercetare engleză[10] reiese că aproximativ 60% din cazuri presupun contacte repetate (primul consult este urmat de cel puțin un alt contact). Concluzia este că acestea sunt foarte mult influențate de către medicul de familie însuși.

Tabelul 4–2
Numărul consulturilor pe an la bărbați și femei. (Preluat din al doilea studiu englez asupra morbidității.)

numărul contactelor medic-pacient pe an	*procentul bărbaților*	*procentul femeilor*
0	39,8	32,4
1-4	42,8	42,2
5-9	12,2	16,6
10 și peste	5,2	8,9

Tabelul 4–3
Frecvența medie a contactelor dintre medicul de familie și pacient pe an. (Preluată din al doilea studiu englez asupra morbidității.)

	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75	toate vârstele
bărbați	3,8	1,9	1,8	2,1	3,0	3,7	4,5	2,5
femei	3,5	1,9	3,8	3,8	3,3	3,8	4,5	3,4
media	3,6	1,9	2,8	3,0	3,2	3,8	4,5	3,0

PSIHOSOMATICA ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

În contextul perspectivei generale asupra bolilor ce apar în practica medicului de familie, se va discuta o importantă problemă a înregistrării. Așa cum s-a arătat mai înainte, în sistemul existent de înregistrare este dificil să se înscrie un item sub mai mult de o dimensiune (este vorba de sistemul utilizat mai înainte; sistemul ICHPPC-2 aduce mai multe posibilități în acest sens).

Aceasta are ca urmare faptul că o mare influență asupra înregistrării o are cunoașterea de către medic a naturii nenormalității sau bolii. Ca exemplu,

Scanned with OKEN Scanner

poate fi luat următorul caz. Să presupunem că cineva acuză o suferință vagă la stomac. Un medic care gândește mai somatic, o va înregistra conform ICH-PPC-2 la rubrica „009 boală intestinală presupusă a fi infecțioasă de origine fie viral nespecifică, fie necunoscută". Un doctor care gândește mai mult psihosomatic va fi înclinat să o înregistreze ca: „558 sindromul colonului iritativ". Dacă medicul are în vedere posibilele baze sociale și relaționale ale suferinței, atunci el va considera potrivită următoarea înregistrare: „V611 problemă maritală". Acest exemplu este completat de zeci de altele.

Este deci dificil să se obțină cunoașterea frecvenței tulburărilor psihosomatice, funcționale și psihice. Cunoștințele se schimbă și ele în decursul timpului. Se pare că există o mai largă recunoaștere a aspectelor psihosociale ale condiției de a fi bolnav decât era cazul în trecut și deci mai des înregistrate ca atare. O imagine a acestei situații a rezultat din compararea celor două studii engleze asupra morbidității[11]. Astfel, din al doilea studiu rezultă că la femei mai bine de două ori mai multe „tulburări mentale" au fost înregistrate decât cu șaisprezece ani înainte. Creșterea este înscrisă sub diagnoza „neuroză depresivă", care foarte probabil depinde foarte mult de diagnoza „tulburări de menopauză" la femei.

Este foarte dificil să se stabilească cu câte suferințe psihosomatice sau/și psihosociale vine în contact medicul de familie numai pe baza datelor oferite de SNBPPMC. După Oliemans, aproximativ 25% din toate contactele sunt consacrate afecțiunilor psihice și psihosomatice. El a distribuit în cercetarea lui un număr de diagnoze ca astmul, adipozitatea, ulcerul duodenal, tulburările premenstruale și eczema la rubrica boli psihosomatice și pe această distribuție și-a bazat procentul. Apare deci întrebarea dacă aceasta este maniera de a proceda. Este sigur că o parte a suferințelor și bolilor presupun o contribuție a componentei psihice la condiția de a fi bolnav, dar, în principiu, orice situație psihică sau socială intervine în a influența condiția de a fi bolnav. Este, în ultimă instanță, dificil de a aduce la o formă expresă acest element în înregistrarea morbidității. Zeci de cercetători au făcut încercări în acest sens, dar până în prezent fără reușită.

În acest cadru se cade să fie menționat obiectivul asumat de Crombie[12]. El și-a propus elaborarea unei scale tridimensionale, în care diagnoză – clasificată conform ICD – este rescalată pe o scală cu cinci valori, de la cea mai, sau cu totul somatică, până la cea mai, sau cu totul psihică; se înregistrează deci și măsura în care „a fi psihic" joacă un rol. Crombie a înregistrat bolile din practica lui conform acestui sistem și-a ajuns astfel la următoarele rezultate: din bolile apărute, 52% sunt cu totul somatice, 21% sunt somatice cu unele implicații psihice, 13% sunt somatico-psihice, 6% psihice cu unele implicații somatice și 8% sunt cu totul psihice. Calitatea de „a fi psihice" joacă deci un rol important în 27% din cazuri: un rezultat care este în acord cu cel al lui Oliemans.

Scanned with OKEN Scanner

Braun[13] a ajuns, din analiza a 300 de contacte medic–pacient, la concluzia că în 15% din cazuri cauza principală o constituie tulburările psihice. Rămâne însă dificilă, și chiar insoluționabilă numai în cadrul înregistrării, problema de a face dreptate aspectelor integrale care, în principiu, sunt prezente în fiecare suferință sau boală.

DIAGNOSTICUL ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

În ciuda acestei obiecții, să urmărim totuși unele impresii asupra modelului de morbiditate din practica medicului de familie. Datele sunt în principal bazate pe înregistrarea continuă a morbidității de NUHI, deși se va face uz și de datele altor studii ale morbidității, mai cu seamă Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din Practica Medicului de Familie. Din această ultimă înregistrare se vor reda mai întâi unele tabele de diagnoze asupra a douăzeci de diagnoze cel mai des formulate, atât în funcție de incidență cât și de prevalență, distribuite în același timp funcție de sex.

Tabelul 4–4
Primele douăzeci de diagnoze cu incidența cea mai ridicată la bărbați și femei, pe 3 luni la 1 000 pacienți. (Preluat de la SNBPPMC.)

bărbați		*femei*	
1. Infecții căi resp. super.	29,2	1. Infecț. căi resp. super.	32,3
2. Mialgie	13,3	2. Cistită	19,3
3. Bronșită acută	9,8	3. Mialgie	15,5
4. Cerumen în ureche	8,4	4. Nici o boală	13,2
5. Nici o boală	8,3	5. Tuse	10,9
6. Lumbago	7,7	6. Sinuzită	9,9
7. Sinuzită	7,5	7. Bronșită acută	9,6
8. Tuse	7,3	8. Alte feluri eczemă	8,3
9. Alte infecții	6,6	9. Cerumen în urechi	8,2
10. Otită medie acută	6,6	10. Otită medie acută	6,7
11. Alte feluri eczemă	6,5	11. Alte infecții	6,6
12. Dermatofită /micoză	6,4	12. Infecție virală	6,3
13. Gripă	6,0	13. Gripă	6,3
14. Amigdalită acută/adenoid	5,8	14. Graviditate	6,2
15. Infecție virală	5,4	15. Amigd. acută/adenoid	6,2
16. Răniri prin tăiere	5,1	16. Conjunctiv. alergică	6,0
17. Conjunctivită alergică	4,8	17. Sindr. iritabil colon	5,8
18. Scabie	4,5	18. Pil. anticoncepțională	5,6
19. Tendinită	4,5	19. Scabie	5,6
20. Entorsă/luxație	4,1	20. Lumbago	5,4

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 4–5
Primele douăzeci de diagnostice cu prevalența cea mai ridicată la bărbați și femei, pe 3 luni, la 1 000 pacienți. (Preluat de la SNBPPMC.)

bărbați		*femei*	
1. Hipertensiune necomplic.	32,9	1. Pil. anticoncepțională	68. 7
2. Infecții căi resp. super.	31,3	2. Hiperten. necomplic.	56,5
3. Mialgie	16,8	3. Infecții. căi resp. super.	35,6
4. Alte feluri eczeme	13,6	4. Anxiet./nervozitate	28,4
5. Nici o boală	13,6	5. Tulb. ale somnului	27,8
6. Bronșită acută	13,3	6. Nici o boală	23,1
7. Anxietate/nervozitate	13,3	7. Mialgie	21,5
8. Bronșită acută	12,8	8. Cistită/inf. căi urinare	21,3
9. Tulburări ale somnului	11,4	9. Alte feluri eczeme	17,9
10. Astm bronșic	10,6	10. Diabet zaharat	14,6
11. Lumbago	10,0	11. Bronșită acută	12,8
12. Diabet zaharat	9,3	12. Sinuzită	12,1
13. Sinuzită	9,3	13. Depresie	11,9
14. Cerumen în urechi	9,2	14. Tuse	11,1
15. Dermatomicoză	9,2	15. Astm bronșic	9,7
16. Angină pectorală	7,8	16. Cerumen în urechi	9,3
17. Tuse	7,6	17. Graviditate	9,3
18. Infarct vechi	6,9	18. Sindr. colon iritabil	8,9
19. Alte infecții	6,9	19. Obezitate	8,8
20. Otită medie acută	6,8	20. Bronșită cronică	8,2

Din tabelele 4–4 și 4–5 reiese clar că, de exemplu, la femeie apar cazurile de utilizare a pilulelor anticoncepționale și de graviditate, și respectiv apar mai des cele de cistită. Datorită faptului că se consideră de către medicina mai recentă că nu mai este vorba de un control al folosirii mijloacelor anticoncepționale orale, această categorie va ocupa un loc inferior în statistici. Afecțiunile nervoase, depresiile și sindromul iritant Bowel apar mai des la femei decât la bărbați. Din contră, la bărbați apar mai des afecțiuni ale căilor respiratorii superioare și ale inimii.

Tabelul 4–2 care va urma aduce pentru început o perspectivă globală asupra diagnozelor nou formulate. Este foarte evident că unele categorii de boli apar deosebit de des, în timp ce nouă capitole ale ICD-ului împreună nu ajung la mai mult de 8,5% din incidență. Dacă se compară aceste date, care au fost culese în perioada 1971–1978, cu cele ale SNBPPMC reprezentând date din 1967, atunci se observă o concordanță globală. Numai incidența bolilor infecțioase este drastic scăzută. Aceasta este parțial determinată de scăderea numărului de cazuri de rubeolă și vărsat de vânt (o scădere care poate avea diferite cauze, despre care nu se va insista acum).

Scanned with OKEN Scanner

tractul respirator	28%
piele, țesut subcutanat	15%
tulburări psihice	9%
traume, otrăviri	9%
aparatul locomotor	8%
tractul uro-genital	5%
tractul digestiv	4,5%
boli infecțioase	1,5%
restul de 9 capitole din ICD	8,5%
simptome	5%
măsuri preventive luate	6%

Figura 4–2
Incidența bolilor după capit. ICD (Sursa: înregistr. continuă a morbidit. NUHI)

Scanned with OKEN Scanner

Atenția se va concentra acum pe o serie de categorii de boli. În legătură cu acestea, datele vor fi luate în considerare după ceea ce un medic de familie ar întâlni într-o practică de aproximativ 2 800 de pacienți. Din datele NUHI reiese că, pe an, aproximativ 5 200 de pacienți vin pentru o suferință sau afecțiune nouă sau pentru măsuri preventive noi; ceea ce înseamnă cam 100 de pacienți pe săptămână.

Boli ale aparatului respirator. Din figura 4–2 rezultă că acestei categorii îi sunt consacrate 30% din totalul contactelor noi. Un medic de familie va vedea deci pe săptămână în medie treizeci de pacienți cu o boală a căilor respiratorii, deși, sub influența sezonieră, ele nu sunt uniform repartizate. Este folositor să se facă o deosebire între afecțiunile căilor respiratorii superioare și cele ale căilor inferioare. Din prima categorie, medicul de familie vede săptămânal o medie de douăzeci și șapte, din a doua, o medie de trei. În majoritatea cazurilor este vorba de o infecție bacteriană sau virală (care deci nu sunt înscrise la rubrica boli infecțioase!). În general, afecțiunile căilor superioare respiratorii nu sunt foarte dăunătoare (răceală cu sau fără temperatură, amigdalită, deși și otita medie se înscrie tot aici; ultima raportată o dată până la de două ori pe săptămână).

Dintre bolile căilor respiratorii inferioare, bronșita acută apare cel mai des, dintre care, pneumonia (1–2 ori în 14 zile într-o practică de 2 800 de pacienți). Aproximativ o dată pe lună vine un pacient la care bronșita pare să aibă un caracter cronic. În general vorbind, afecțiunile căilor respiratorii apar mai ales la copiii mici și la bătrâni, la care rezistența imunologică încă nu este sau nu mai este satisfăcător funcțională. În sfârșit, facem cunoscut că o tumoare canceroasă pulmonară, bronhică sau traheică nou descoperită poate fi de așteptat să apară de 1–2 ori pe an (ceea ce este însă înscris în ICD la capitolul neoplasm).

Boli cutanate și ale țesutului subcutanat. Medicul de familie vede aproximativ de 15 ori pe săptămână un pacient cu o afecțiune nouă de acest fel. Dintre acestea, de 3 ori este vorba de o afecțiune infecțioasă a pielii, iar de alte 3 ori de o eczemă sau o alergie a pielii (NB o pătrime a afecțiunilor se referă la mucozități ale ochiului sau traiectului auditiv al urechii; care în alte înregistrări sunt clasate la categoria ochi și urechi).

Afecțiuni pe care medicul de familie abia dacă le întâlnește o dată sunt între altele scabia, acnee, înțepături de insecte, boli ale glandelor sebacee sau afecțiuni cutanate datorate daunelor provocate (iatrogene). O boală ca psoriazisul, medicul de familie va vedea de 4–5 ori pe an un caz nou.

Boli psihice și alte tulburări psihice. Medicul de familie va avea de a face aproximativ de 9 ori pe săptămână cu un pacient cu o boală sau probleme psihice. O psihoză nu apare decât rar: aproximativ o dată la două luni. Într-un astfel de caz este vorba de suferințe sau afecțiuni psihoneurotice repetate, nevroze, tulburări psihogene sau funcționale. O parte a acestor suferințe – asupra cărora vom reveni – este însă înscrisă la alt capitol de către ICD.

Traume. Medicul de familie va vedea în medie aproximativ de 5–6 ori pe săptămână un pacient nou cu răni superficiale sau contuzii, deci cu afecțiuni

Scanned with OKEN Scanner

relativ ușoare. Aproape o dată pe săptămână vine un pacient cu o fractură, în special subrat, mână și picior! În rest este vorba de o diversitate de afecțiuni dintre care mai frecvente sunt distorsiile, corpora alinea (ochi). Dacă se face media lor, 9 pacienți în medie pe săptămână vin la medicul de familie cu afecțiuni traumatice. Munca, circulația și sportul sunt cele mai dese motive care le cauzează.

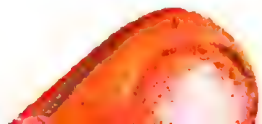
Boli ale aparatului locomotor. Așa cum se indică în figura 4–2, medicul de familie vede în medie 8 pacienți pe săptămână cu o suferință nouă a aparatului locomotor: articulații, ligamente, mușchi. În 6 din 8 cazuri este vorba de afecțiuni ale părților moi (țesut subcutanat, mușchi). O dată la paisprezece zile se prezintă cineva cu afecțiuni ce țin de artrită deformantă a uneia sau mai multor articulații. Un caz nou de artrită reumatică se prezintă cu mult mai rar: 1–2 ori pe an. O hernie de disc apare, din contră, ceva mai des: în medie o dată la paisprezece zile. Evident, artrita deformans apare mai des la oamenii vârtnici, în timp ce afecțiuni ale părților mai pot apărea atât la vârstele medii cât și la cele înaintate.

Bolile aparatului uro-genital. În seria categoriilor de boli, frecvența acestui grup de boli ocupă locul al șaselea prin prezentarea a 5 noi pacienți pe săptămână. Doi dintre aceștia au o inflamare cistitică. O vulvită sau vaginită apare cam de 1–2 ori pe săptămână ca și una sau o altă tulburare de menstruație. Piatră la rinichi sau uretre este de aproximativ 6 ori pe an descoperită. Bărbații sunt mai puțin înscriși la această rubrică; afecțiunile genitale apar la ei cu mult mai puțin decât la femei, iar infecții ale căilor urinare, chiar mai rar. O dată la trei luni vine un pacient cu o hipertrofie de prostată, iar o dată la 1–2 ani se descoperă o tumoră canceroasă de prostată. Afecțiuni maligne cervicale sau uterine apar o dată la 2–3 ani.

Boli ale aparatului digestiv. De 4–5 ori în medie pe săptămână un medic de familie are de a face cu un pacient nou cu o boală a canalului stomaco-intestinal. În jumătate din cazuri este vorba de o gastro-enterită diareică; o dată pe săptămână vine un copil cu oxiuri (viermișori). În cursul unui an medicul de familie stabilește diagnosticul de apendicită la 5 pacienți, de 6 ori apar probleme ale vezicii biliare, de 7 ori ulcer stomacal. În ceea ce privește afecțiunile maligne, frecvența lor de apariție la care se poate aștepta medicul de familie cu practică de 2 800 de pacienți este aproximativ următoarea: gură și faringe o dată la 10–20 de ani, esofag și pancreas o dată la 10 ani, stomac o dată la 3–4 ani și rect o dată la 2–3 ani.

Boli infecțioase. Bolile eczantematice sau de copii (pojar, robeolă, vărsat de vânt, eczantema instantanee/subitus și parotita) formează cea mai mare parte a bolilor infecțioase, dar este în creștere contribuția bolilor venerice cum este cazul cu cele ca gonoreea.

Restul categoriilor de boli. Ar lua prea mult timp să se prezinte totalitatea acestora. Numai unele boli marcante vor fi menționate acum. Anual, medicul de familie formulează diagnoze noi pentru aproximativ următoarele feluri de afecțiuni:



Scanned with OKEN Scanner

Degenerescență grasă	60 pe an
Hipertensiune benignă	30 pe an
Anemie hipocromă	18 pe an
Surzenie	13 pe an
Afecțiuni maligne (total)	10 pe an
Tulburări cerebro-vasculare	18 pe an
Angină pectorală	8 pe an
Infarct de cord	6 pe an
Diabet zaharat	6 pe an
Hipertiroidie	1 pe an
Scleroză multiplă	1 la 10 ani

Este ilustrativ să se arate, cu privire la unele afecțiuni foarte rare, cam cât de des vede un medic de familie cu 2 500 de pacienți un astfel de caz nou[14]:

Deficiență mentală	1 în 4 ani
Letargie, zacere la pat	1 în 8 ani
Hidrocefalee	1 în 12 ani
Buză de iepure	1 în 12 ani
Mongolism	1 în 16 ani
Hipospadie	1 în 25 ani
Atrostenoză	1 în 50 ani
Sindromul lui Turner	1 în 60 ani
Autism	1 în 60 ani
Fenilcetonurie	1 în 240 ani
Acondroplastie	1 în 480 ani
Hemofilie	1 în 600 ani
Galactosemie	1 în 1 200 ani
Hipogammaglobulemie	1 în 2 500 ani
Sindromul lui Fanconi	1 în 7 500 ani

AFECȚIUNI CRONICE

Până acum nu am făcut nici o deosebire între afecțiunile acute și cele cronice. Aceasta nu este chiar așa de ușoară. După De Haan și Dekker[15] „cronic" stă în opoziție cu acut, este de lungă durată și trenantă (are consecințe), în timp ce noțiunea „acut" este descrisă ca „ascuțită, apărută brusc, cu semne violente". Pe baza acestor descrieri, noțiunile „cronic" și „acut" sunt totuși dificil de a le face operaționale. În practică există două căi deschise.

a Field[16] vorbește nu de boli cronice, ci de „boli prelungite" bazându-se pe o idee a lui Bluestone: „boala prelungită trebuie văzută din unghiul tuturor scopurilor practice ca o extindere a bolii acute pe o perioadă mai lungă de timp". La o astfel de definiție apar asociații cu noțiuni ca „lipsit de speranță, netratabil, ducând până la invaliditate" (acestea sunt asociații privind adesea pe pacienți atunci când se utilizează termenul „cronic"; aici trebuie să se țină

Scanned with OKEN Scanner

cont de felul în care este informat pacientul). Descrierea lui Bluestone indică faptul că se are de a face cu boli cu etiologii divergente și simptome diferite, ca și cu consecințele pentru pacient ale faptului de a fi bolnav cronic, deși ele sunt foarte deosebite între ele. În această direcție cineva ar putea numi cronică fiecare boală-episodică care durează de o anumită perioadă de timp: fiecare boală poate, în principiu, căpăta caracter cronic. Diferențierea dintre bolile acute și cele cronice este deci bine determinată de durata acelei boli. În cercetarea pe populație efectuată de către Centrul Național de Statistica Sănătății[17] a fost stabilită durata de trei luni ca graniță între cele două.

b Există și o a doua metodă. Conform acesteia, o boală este numită cronică dacă ea apare pe lista bolilor și afecțiunilor caracterizate ca cronice, adică *Lista de control a condițiilor cronice*. Aici, nu durata bolii este caracteristica distinctivă prezentată, ci natura bolii.

Prima metodă menționată nu poate fi aplicată de noi pentru că durata bolilor înregistrate nu este cunoscută. Cea de-a doua metodă este cu mare siguranță aplicabilă. Noi am selectat din Lista E utilizată de SNBPPMC bolile care, în principiu, pot avea o evoluție cronică în timp. Reiese astfel că, din toate contactele medic–pacient, 43% constau din ajutorul acordat pacienților cu boli cronice și 39%, afecțiunilor acute. Aproximativ 18% din toate contactele dintre medicul de familie și pacient se referă la prevenție, informare și obstetrică. Aceasta este în mod rezonabil în concordanță cu concluzia lui Bramlage[18] conform căreia cca 44% din contactele cu medicul de familie sunt consacrate bolilor acute.

Pentru a obține o cunoaștere mai amplă asupra îngijirii pe care medicul de familie trebuie să o acorde unei serii de boli cronice, vom da în continuare,

Tabelul 4–6
Diagnoze care apar mai des de 20 de ori într-o practică de 2 800 de pacienți (prevalența). (NUHI)

diagnoza	*nr. pacienți într-o practică de 2 800*
adipozitate	242
diabet zaharat	39
surzenie	59
psihoneuroză	38
infarct de inimă făcut deja	27
angină pectorală	37
cord miodegenerativ	30
hipertensiune benignă	150
varice	108
febra fânului	23
bronșită cronică	50
artroză deformantă	88

Scanned with OKEN Scanner

o sinoptică a perspectivei asupra *prevalenței* unui număr de afecțiuni care apar mai des și durează mai mult. Aceste date sunt preluate de la înregistrarea continuă a morbidității a institutului din Nijmegen menționat mai înainte (NUHI). Mai întâi să vedem care este perspectiva bolilor și afecțiunilor apărute la mai mult de 20 de pacienți într-o practică de 2 800 de pacienți. Apoi, în tabelul 4–7, sunt redate diagnozele care sunt de așteptat a fi formulate pentru aproximativ 10–20 de pacienți dintr-o practică.

Tabelul 4–7
Diagnozele formulate de 10 și 20 de ori într-o practică asupra a 2 800 de pacienți (prevalența). (NUHI)

tumori uterine nepericuloase (ușoare)
accident cerebrovascular făcut deja și altele asemenea
epilepsie
otită medie cronică
boli mamare nepericuloase (ușoare)
prolaps vaginal sau uterin
psoriazis
astmă
oligofrenie

GRAVITATEA BOLILOR ȘI AFECȚIUNILOR

Pentru a cunoaște natura și conținutul muncii medicului de familie, localizarea procesului de boală nu este chiar atât de importantă. Gravitatea afecțiunii este în acest sens mult mai determinantă. Asupra distribuției afecțiunilor grave în raport cu cele negrave încă nu s-au efectuat prea multe cercetări. Importante sunt totuși cercetările lui Hodgkin și Fry[19]. Hodgkin este de părere că un medic de familie experimentat folosește aproximativ 500 de diagnoze. El a împărțit aceste diagnoze în cinci categorii prin care este exprimată gravitatea:

a 33 de diagnoze se referă la anormalități ușoare („boli minore") care presupun puține probleme de diagnosticare și terapie; din toate diagnozele formulate, acestea reprezintă 11,3%;

b 180 de diagnoze se referă la anormalități moderat ușoare care însă necesită multă atenție în legătură cu posibilitatea apariției complicațiilor, recidivării sau evoluției către afecțiuni grave; din toate diagnozele formulate, acestea reprezintă 72%;

c 144 de diagnoze se referă la boli pentru care un diagnostic timpuriu poate preveni o viitoare agravare; din toate diagnozele formulate, acestea reprezintă 11,3%;

d 73 de diagnoze se referă la afecțiuni cronice sau progresive cu urmări

Scanned with OKEN Scanner

importante pentru starea de sănătate; din toate diagnozele formulate, acestea reprezintă 4,6%;

e 45 de diagnoze se referă la situații care pun în pericol viața, pentru care și medicul și pacientul se așteaptă la o formulare timpurie a diagnosticului; din toate diagnozele formulate, acestea reprezintă 0,8%.

Fry ajunge la rezultate foarte asemănătoare mai ales ca ordine. Reiese deci – și aceasta este foarte mult de așteptat în munca de primă-linie – ca tulburări foarte ușoare ale sănătății să apară relativ des și că ele sunt relativ grave, că tulburările ușoare sunt diagnosticate precis, definitiv, și că cele grave sunt de o mare diversitate.

PACIENȚI CU PROBLEME DE COMPORTAMENT

Pentru a avea o imagine adecvată a muncii medicului de familie, va trebui să se trateze aspectele legate de pacienții care dovedesc a avea probleme de conduită. Este vorba (vezi de asemenea capitolul 3, nota 2) de problemele care apar la cineva care nu se simte propriu-zis bolnav, dar care se adresează totuși medicului, de exemplu, probleme de căsnicie, de relaționare și la locul de muncă. Statisticile morbidității acordă rareori atenție acestor probleme de comportament.

Cazul Ommoord s-a arătat a fi mai favorabil în acest sens. Lamberts și col.[20] au înregistrat aproape 30 000 de contacte, în 1972 la 11 000 de pacienți. În 41% din cazuri s-a putut stabili cert o diagnoză somatică. În 31% din contacte a fost vorba de probleme de conduită și reacții psihice (din care: 6% forme reactive, 6% diagnoze psihosomatice, 7% descriau probleme sau aspecte problematice de viață, și 11% erau suferințe funcționale). În aproximativ 10% din contacte au fost afectate „procedurilor" (declarații CB etc.), în timp ce 8% au fost vagi sau neclare.

În acest cadru este vorba deci de un procent de 31% de probleme de comportament și reacții psihice. Lamberts arată în mod prioritar că stabilirea situației globale a problemelor de comportament constă, în primul rând, în existența unei mari variații interdoctor (în sensul de „între doctori"). Patru medici de casă din Ommoord au raportat procentaje ale problemelor de comportament extrem de divergente. Din aceasta reiese că medicul de familie influențează mult modul în care este identificată, recunoscută ca atare o problemă de comportament, dar și asupra prezentării (descrierii) sau neprezentării acesteia. Tocmai din această cauză este dificil să se generalizeze rezultatele emise de cercetarea efectuată în Ommoord. În al doilea rând, problemele de comportament sunt asociate în prezentarea lor cu reacțiile psihice. Lucru acesta nu este neobișnuit sau incorect; există în fapt un amestec al acestora. Totuși acum am vrea să evidențiem diferențiat diagnozele psihosomatice și suferințele funcționale. În orice caz, 7–13% din consulturi rămân, conform celor arătate mai sus, a fi considerate ca afectate problemelor de comportament.

Scanned with OKEN Scanner

MUNCA PREVENTIVĂ

Dacă se compară rezultatele obținute de SNBPPMC cu cele ale înregistrării continue de către NUHI se observă care este deosebirea. SNBPPMC consideră că 9% din incidența totală revine categoriei „muncă preventivă", iar înregistrarea NUHI, 6%. Aceasta poate fi explicată printr-o deosebire în activități. În cadrul SNBPPMC sunt preluate multe controale asupra sugarilor, în înregistrarea NUHI, nu; din contra, la cea din urmă apare mult investigarea auditivă și electrocardiologică. Sunt de asemenea multe deosebiri în manipulările administrative și de examinare. În ambele instanțe, controlul nașterilor formează partea leului din munca preventivă: în înregistrarea NUHI, aproximativ 60% din total. Aceasta înseamnă că la un medic de familie vin 3–4 pacienți pe săptămână pentru a cere aviz și ajutor referitor la controlul nașterilor (cazuri noi).

În 1975[21] medicul de familie cu o practică de 2 500 de pacienți a scris pentru prima oară o rețetă pentru anticoncepționale hormonale pentru 40–50 dintre femei (mai înainte s-a arătat că controlul, reglementarea nașterilor formează o categorie aparte și nu este nici o prevenție; în statistici, anticoncepția este totuși înscrisă în cadrul prevenției). Aceasta înseamnă că în majoritatea cazurilor se utilizează mijloace anticoncepționale orale, lucru pentru care ele sunt sub control. În 1977, medicul de familie a prescris (trimis) pentru sterilizare în medie 8 femei și 7 bărbați. Pe lângă acestea, el a prescris de 6 ori pastila de dimineața următoare (anticoncepțională) și a prescris de 2 ori necesitatea unui avort provocat. La 50 până la 60 dintre femei a făcut pentru prima dată hartă funcțională cervicală (pentru diagnosticarea timpurie a tumorei canceroase).

MORTALITATEA

La încheiere, se va da o perspectivă sumară asupra mortalității în practica medicului de familie. Un medic de familie cu o practică de 2 500 de pacienți, normal construită din punctul de vedere al vârstei și sexului, se poate aștepta la aproximativ 21 de cazuri de moarte pe an. Jumătate din acestea se referă la persoane de 75 de ani sau mai vârstnici, un caz apare între 15 și 44 de ani. Medicul de familie este relativ rar confruntat cu decesul copiilor: o dată la 3 ani, la un copil mai mic de un an, o dată la 4 ani, un copil între 1 și 4 ani.

Cauzele de deces din practica medicului de familie sunt astfel împărțite:

a	boli ale circulației sângelui	9 pacienți pe an
b	afecțiuni maligne	8 pacienți pe an
c	boli ale organelor respiratorii	1–2 pacienți pe an
d	îmbătrânire sau boli descrise insuficient	1 pacient pe an
e	accidente și inducții violente	1 pacient pe an
f	boli ale organelor digestive, tulburări endocrine și boli urogenitale	1 pacient la 2 ani

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Hogdkin, K., *Către un diagnostic timpuriu*, Edinburgh/Londra, 1978
2 ICHPPC-2. *International Classification of Health Problems in Primary Care*, Ed. a doua, Oxford/New York/Toronto, 1979
3 Instanțe de planificare în Olanda. NHI și GHI, 1978
4 *International Statistical Classification of diseases, injuries and causes of death*, ed. a IX-a, WHO, Geneva, 1977
5 ICHPPC-2, ibid
6 Lucrare ocazională 3, „Tendințe în morbiditatea națională", J. Royal Coll. Gen. Pract., 1976
7 Lamberts, H., „Analiza morbidității din practica de grup din Ommoord în 1972: o nouă ordonare a comportamentului de boală și cel problematic pentru medicina medicului de familie", II și III, *Medicul de familie și știința*, 1975, 18, 7 și 61.
8 Oliemans, P., *Morbiditatea în practica medicului de familie*, Dizertație, Utrecht, 1969.
9 Logan, W. P. D., *Statistica morbidității din practica generală*, Londra, 1960. Și *Statistica morbidității din practica generală. Al doilea Studiu Național 1970/71*. Londra, 1974
10 Wright, H. J., „Practica generală în Anglia de sud-vest", *Rapoarte din Practica Generală*, 1968
11 *Tendințe în morbiditatea națională*, ibid.
12 Crombie, D. „Patul Procustian al nomenclaturii medicale", *Lancet*, 1963, 1205
13 Braun, R. N., *Manual al medicilor generaliști*, München-Berlin-Viena, 1979.
14 Illingworth, R. S., „Incidența bolii în practica generală", *Practitioner*, 1972, 222, 701.
15 Hann, H. R. M. de și W. A. L. Dekker, *Marele Dicționar de Medicină*, Leiden, 1956
16 Field, M., *Pacienții sunt oameni. O abordare medical-socială a bolii prelungite*, New York-London, 1967.
17 „Condiții cronice și limitările activității și morbiditatea", în *Vital and Health Statistics*, seria 10, 61, Rockville, 1971.
18 Bramlage, *ibid.*
19 Hidgkin, K., „Vocabularul diagnostic pentru asistența primară", *J. Fam. Pract.*, 1979, 8, 129. Și Fry, J. „Tendințe în practica generală 1977", Royal Coll. Gen. Pract., Londra, 1977.
20 Lamberts, H. „Medicina medicului de familie ca disciplină a punctelor de intersecție din sistemul serviciilor medicale", *Medicul de familie și știința*, 1978, 21, 465.
21 *Înregistrarea continuă a morbidității*, Instanțele de planificare din Olanda, 1977.

Scanned with OKEN Scanner

5 A deveni și a fi bolnav

În medicină sunt utilizate o serie de teorii asupra conceptualizării bolii. Ele sunt necesare numai pentru a ordona conceptualizările și pentru a le sublinia interdependența. În învățământul medical, explicitarea teoriilor emise nu merge prea departe în urmă ceea ce poate genera o relativ haotică idee despre medicină ca știință. Dar chiar și menționarea teoriilor poate conserva dezorientarea; sunt în fapt multe teorii folosite împreună. O parte din acestea sunt folositoare și medicului de familie în formularea ipotezelor și căutarea soluțiilor. Un mare număr de probleme cu care medicul de familie se vede confruntat nu poate fi însă susținut de accesul la teorii.

Aceasta are ca urmare faptul că suferințele și simptomele, istoria precedentă și situația de viață, sentimentele pacientului și interacțiunea sa cu mediul înconjurător nu pot fi plasate împreună în cadrul aceluiași diagnostic. Medicul de familie nu poate insera în diagnostic o parte a datelor de care dispune profesional. Acestea pot fi folosite numai ca date de bun-simț de pe fundal, ceea ce are ca urmare o subevaluare a acestora. Dacă există un singur cadru teoretic în care astfel de date ar putea fi plasate, atunci acesta ar putea însemna o contribuție importantă la dezvoltarea medicinii – nu numai a medicinii familie. Atunci s-ar putea utiliza de o manieră optimă experiențele și cunoștințele acumulate în medicina familiei.

În acest capitol va fi căutat un model în care să se preia o serie de noțiuni care ar putea fi folosite în medicina familiei prin felul în care sunt văzute problemele și prin felul în care este construit procesul de acordare de ajutor. Noțiunea „stres" pare să fie un termen-cheie, în ciuda semnificațiilor divergente ce îi sunt atribuite.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Până acum ne-am ocupat de caracteristicile medicinii familiei și de natura și abordarea problemelor cu care medicul de familie este confruntat în munca sa. În capitolele ce vor urma se va introduce o ordine a felurilor de ajutor pe care le oferă medicul de familie și a fundamentului pe care acestea se bazează. Cunoașterea ajutorului oferit este necesară, între altele, pentru a cunoaște mai bine ajutorul care este solicitat de pacient, sau, cu alte cuvinte, a așteptărilor, pe care le are pacientul față de medicul de familie. Un al doilea punct central este întrebarea dacă pacientul suferă un proces de boală real și dacă acesta trebuie să fie tratat. Cea mai importantă sarcină a medicului de familie este de a ajunge la o „expertiză": care este problema, care sunt cauzele sau condițiile, ce se poate face în acest caz? Aceasta este sarcina oricărui medic: formularea și soluționarea problemelor depind de felul în care fiecare își individualizează munca.

Pentru a nu lăsa procesul de acordare a ajutorului la voia întâmplării este important ca el să fie construit întâi în mod teoretic. Se va căuta întotdeauna explicarea științifică și sistematică a semnelor de boală, manifestărilor și soluțiilor. Acum, formarea unei teorii asupra explicației bolii are sens numai în măsura în care duce la diagnosticare, terapie, prevenție. Știința trebuie să ajute la a răspunde întrebărilor ridicate în societate.

DIFERITE MODELE DE A CONCEPERE A BOLII

Dacă luăm în considerare medicina vestică se observă că în cadrul ei sunt folosite diferite modele de concepere a bolii, deci teorii care explică apariția bolii pe care se bazează eventuala lor tratare. Nu este vorba de o singură teorie: pentru diferite boli există tot atâtea teorii: boli infecțioase, boli de deficiență, anormalități genetice, „afecțiuni degenerative", boli alergice și boli endocrine. Formarea teoriilor are loc într-o interacțiune continuă cu cercetarea experimentală, pe care teoria trebuie să o testeze, completeze sau respingă.

Nivelul la care cercetarea poate avea loc depinde de dezvoltarea științei și tehnologiei. Infecțiile bacteriene au putut fi într-adevăr înțelese după construirea microscopului; afecțiunile endocrine, după dezvoltarea metodelor respective de laborator.

O abordare analogă s-a petrecut și cu îmbătrânirea timpurie. Hippocrate și-a bazat medicina pe observații extrem de adecvate; medicina arabă și o parte a celei egiptene au adâncit încă și mai mult această observație. Aceste abordări pragmatice au fost sincretice în modalitate (vezi nota 1): din toate teoriile, tehnicile și cunoștințele, au fost folosite exact acelea care păreau cele mai potrivite.

Această abordare a avut importante consecințe. Ea a condus la următoarea situație. O serie de boli sunt cunoscute din punct de vedere etiologic; aceste

Scanned with OKEN Scanner

boli pot fi bine combătute și chiar prevenite în măsură crescândă. O serie de boli infecțioase sunt prevenite prin vaccinare sau prin intervenția asupra agenților bolii. Sunt boli ale căror cauze sunt cunoscute, dar pentru care este dificilă instalarea unei terapii cauzale, ca de pildă în cazul anormalităților genetice. Alături de acestea sunt multe boli care pot fi bine recunoscute, dar a căror etiologie este (încă) necunoscută. Din această cauză, nu se poate face prea mult din punct de vedere terapeutic. Exemple de acest fel sunt bolile degenerative, boli de bătrânețe, boli de inimă și circulatorii, și afecțiuni maligne. Totuși, teoria ajută în a cunoaște mecanismele ascunse, diagnosticarea, alegerea unui medicament etc. În funcție de felul în care teoriile tind să formeze o rețea și să sublinieze relațiile dintre ele, încrederea în aceste teorii crește mult. O astfel de situație se poate vedea în domeniul științelor naturii: biochimia, microbiologia, genetica, citologia se întrepătrund din ce în ce mai mult. Medawar[1], laureat al Premiului Nobel, scrie în acest sens: „pe măsură ce o știință avansează, fapte particulare sunt înțelese tot mai mult în interiorul lor... În toate științele suntem progresiv eliberați, ușurați de ardența instanțelor singulare, de tirania particularului. Nu mai avem nevoie să înregistrăm căderea fiecărui măr".

Cu ajutorul diferitelor teorii se pot înțelege mai bine procesele de boală, și pe această bază, se poate, într-o serie de cazuri, vedea aplicarea lor la un tratament rațional sau o prevenție efectivă.

Un proces de acordare a ajutorului nu se poate limita însă numai la aceasta. El privește adesea solicitarea consultului unui specialist ca parte a acestui proces, solicitare care este făcută de medicul de familie, rezultând că o parte a procesului nu este de competența medicului de familie. Este vorba deci de oferirea de ajutor pe un teren foarte larg. El trebuie să încerce să răspundă nu numai la întrebarea: „ce are acest pacient?", dar și – și aceasta poate în primul rând – la întrebarea formulată de Morell: „de ce vine acest pacient acum la mine?". Răspunsul la această întrebare cuprinde o cunoaștere mai bună a felului în care a apărut boala, dar este mai ales cea care dă direcția procesului de acordare a ajutorului. Se va mai reveni asupra acestui aspect în capitolele următoare.

Acum va fi vorba despre dezvoltarea unui model teoretic prin care să se înțeleagă mai bine cauza suferinței și solicitarea ajutorului. În acest model vor trebui să-și găsească locul elementele specifice ale medicinii familiei, și anume medicina cursului vieții, medicina integrală și medicina de familie.

Se va căuta acel model de concepere a bolii care ne poate ajuta în înțelegerea și explicarea semnelor de boală în cadrul acestor trei aspecte. Nu este ușor de găsit un model teoretic în care să poată fi cuprinse aspectele personale sau ale cursului vieții și cele integrale. Acest lucru este în general dificil pentru că trebuie căutate interdependențele dintre aspectele fizice, spiri-

Scanned with OKEN Scanner

tuale și sociale. Cea mai științifică cercetare ce se poate efectua și care poate ajuta la formarea unei teorii se găsește *în interiorul* unuia din aceste trei aspecte.

S-au efectuat multe cercetări pentru a traversa aceste granițe. Mai exact, în domeniul psihosomaticii. În capitolul 10 se va aprofunda această problemă. De asemenea în sociologie s-au efectuat multe cercetări asupra faptului de a fi bolnav, urmărindu-se rezultatele sociale ale fenomenului (vezi nota 2).

STRESUL

O noțiune care este foarte folositoare în mai buna fundamentare a acestor probleme tipice ale medicinii familiei este cea de *stres*. Noi vom trata această noțiune pentru ca, cu ajutorul ei să facem o tentativă de a emite un model explicativ pentru întrebarea: de ce vine acest pacient acum la mine? Modelul va trebui să corespundă scopului de a avea o abordare multicondițională; *a priori* se poate considera că o explicare mono-condițională este întotdeauna insuficientă.

Noțiunea de stres fiziologic

Noțiunea de stres[2] este utilizată în fiziologie, psihologie și în sociologie. Ea a fost interpretată în diferite feluri de către diverși autori. Originar, ea a apărut în tehnică. O putere, forță exterioară – stres – se poate exercita ca un lucru mecanic necumulativ asupra unui obiect, de exemplu un pod. Urmarea stresului poate fi, în timp, distrugerea obiectului. Efectul stresului este numit supunere la tensiune. Sub tensiune, omul echilibrează, proporționează dinamic forțele și contraforțele pentru a obține o prestare optimă. Stresul duce la o tulburare a echilibrului existent, și în acest sens, o forță exercitată din afară are un anumit efect disturbator. Prin analogie, termenul stres este folosit pentru a exprima ceea ce are influență asupra schimbărilor din structural și/sau funcționalitatea unui individ[3]. Aceste schimbări se pot manifesta în diferite moduri: în fiziologie, via sindromului de adaptare al lui Selye (vezi mai jos), în psihologie, prin perceperea pericolului și a amenințării pe care acesta o reprezintă, în sociologie, prin devenirea periculoasă a structurilor sociale.

Primele două semnificații menționate, noțiunea fiziologică și cea psihologică de stres, servesc la o mai bună înțelegere a faptului de a deveni și a fi bolnav. Aceste noțiuni ne pot ajuta să cunoaștem mai bine aspectele *generale* ale condiției de a fi bolnav, în timp ce teoriile asupra conceperii bolii numite mai înainte pot oferi mai multă cunoaștere în adâncimea aspectelor specifice ale diferitelor boli. Noțiunea sociologică de stres, care înlesnește înțelegerea proceselor macrosociale, va rămâne în afara modelului. Selye[4] a descris stresul pentru prima oară în 1936 ca fiind un model de reacție stereotipă la un agent stresant de diferite naturi: frig, fierbințeală, infecție, intoxicație, sângerare etc. Conform lui Selye, stresul este o stare care apare într-un sistem biologic după constatarea că mecanismele de reglare homoestatică sunt insufi-

Scanned with OKEN Scanner

ciente, lucru care determină individul să nu se mai poată adapta la situație. El folosește deci noțiunea de stres altfel decât a fost descrisă mai sus: pentru el ea este identică cu noțiunea de supunere la tensiune, în timp ce „agentul stresant" se aseamănă cu descrierea de mai sus a noțiunii de stres. În acest sens este folosită noțiunea de cele mai multe ori, deși sunt autori care continuă să asocieze noțiunea de stres cu cea de cauză.

Organismul uman este sub acțiunea continuă a stimulilor din mediul înconjurător. Trebuie să se reacționeze de o manieră adecvată pentru a menține homeostaza atât de importantă vieții. Corpul și mediul imediat se comportă ca un sistem închis în interiorul căruia este menținută cât mai mult posibil stabilitatea prin intermediul mecanismelor de retroacție. Dacă însă asupra organismului acționează un stimul anormal, sau dacă organismul reacționează de o manieră neadecvată la un stimul, atunci apare o stare de stres.

Organismul se dovedește a fi sub stres prin apariția „sindromului de a fi bolnav", prin care se poate denumi faptul că cineva este bolnav, dar cauza acestui fapt nu este (încă) direct clară (în capitolul 16 se va reveni asupra acestui aspect). Cu alte cuvinte, este vorba de o reacție generală la influența unui agent stresant exterior, ceea ce Selye numește *sindromul de adaptare generală (GAS)*.

Acesta este diferențiat pe trei faze:

a *Reacția de alarmă*. Apare deci, într-o primă perioadă, un șoc cu diminuarea bătăilor inimii, tensionarea mușchilor, o scădere a zahărului în sânge și o creștere a unui număr de leucocite. În a doua fază apare un contrașoc cu o creștere a funcției renale.

b Dacă organismul, după un timp, nu-și revine, și nu creează condițiile de combatere a stresului, atunci urmează *faza de rezistență* în care se produc procese vegetative în echilibrul metabolic superior. În această fază poate urma o refacere, restabilire. Dacă faza de rezistență durează prea mult, atunci intervine ca ultim resort faza din urmă.

c *Faza finală*. Aceasta poate fi urmată de moarte. La un stres foarte puternic, faza c poate interveni în faza a.

Este vorba, în fapt, de înțelegerea stresului ca „bazat pe răspuns": stresul nu este recunoscut ca o influență din afară exercitată asupra organismului, ci ca reacția specifică pe care el o generează în organism. Selye a introdus între timp mai multe nuanțe conceptului său. El a distins, alături de reacția nespecifică (GAS), o reacție specifică ce se diferențiază funcție de diverșii agenți stresanți (frig, infecție și altele). Dar el a fost de părere că un același agent poate provoca reacții diferite la indivizi diferiți. Aceste reacții sunt codeterminate de prezența unor condiții (condiții endogene, cum este predispoziția genetică, vârsta sau sexul, și condiții exogene, ca dieta sau utilizarea medicamentelor).

Dacă se preia în medicina medicului de familie numai semnificația fiziologică a noțiunii de stres dată de Selye, atunci există șansa unei cunoașteri mai bune a sănătății și bolii. Se cade însă să se utilizeze o semnificație mai cuprinzătoare a noțiunii de stres prin adoptarea semnificației psihologice a faptului de a deveni și a fi bolnav.

Scanned with OKEN Scanner

Noțiunea psihologică de stres

Există o literatură vastă asupra stresului psihologic în care apar o serie de contradicții și ambiguități. O deosebire fundamentală față de noțiunea fiziologică de stres constă în aceea că sensul fiziologic conține o confruntare între agentul stresant/stresor (cel care provoacă stresul) și organismul uman, ceea ce nu este cazul în sens psihologic. Această confruntare trebuie exprimată simbolic. Omul se află într-un contact continuu cu mediul său. El interpretează stimulii și reacționează ca atare. Dacă stimulii respectivi au făcut parte dintr-o experiență trecută, atunci acest proces se desfășoară tot mai mult ca o rutină. Propriile experințe sunt mereu testate prin intermediul procesului de feed-back. Este însă posibil ca omul să aibă de a face cu stimuli necunoscuți sau să interpreteze greșit stimulii. Atunci stimulul poate deveni un stresor. Interpretarea situației în care se află cineva este deci un nod esențial al procesului la care conduce stresul. McGrath[5] formulează această ideea astfel încât stresul se instalează dacă nu există nici un echilibru între cererile ce îi sunt formulate cuiva și resursele pe care acesta le are pentru a reacționa în mod adecvat.

Se pare deci că granițele dintre fiziologic și psihologic sunt permeabile. Stresul fiziologic poate avea urmări în sfera psihologicului; circuitul invers este de asemenea posibil. Aceasta aduce cu sine faptul că în măsurarea stresului psihologic se pot folosi chiar schimbările fiziologice ca schimbări ale ritmului inimii și presiunii sângelui, schimbări ale rezistenței pielii sau persistenței unei sângerări, ca unități/parametri de măsurare. Dirken[6] este de părere că manifestările vegetative sunt nucleul noțiunii biologice de stres, și că acestea se implică în cea psihologică ca „rezonanță". Relația dintre stresor și stres este deci directă în noțiunea fiziologică de stres; în cea psihologică centrală este interpretarea de către cel afectat (conștientă sau nu) a stresorului, și neconcordanța dintre acestea.

Moss[7] introduce noțiunea de „rezonanță bio-socială". Prin aceasta el înțelege un schimb reciproc dintre procesele fiziologice și comportamentul social. Acest schimb are loc în anumite rețele, conjuncturi sociale. Dacă în interiorul unei rețele din care cineva face parte, sau între rețelele din care cineva face parte, se vehiculează informații contradictorii sau informații care nu sunt în concordanță cu expectațiile respectivei persoane, atunci apare stresul („informația" este folosit aici în sensul de: expresie verbală sau nonverbală a gândurilor, semnificațiilor, dorințelor etc.).

Tulburarea echilibrului poate deci contribui la a deveni bolnav printr-o creștere a capacității și predispoziției pentru o boală. Din aceasta se poate concluziona că evenimente specifice nu cauzează boli specifice, și aceasta pentru următoarele motive:

Scanned with OKEN Scanner

a Un rol central în proces îl are semnificația pe care cel afectat o dă unui eveniment: „stresul este în ochiul celui ce-l percepe".

b Stresul poate conduce la diminuarea rezistenței contra bolii, putând astfel să favorizeze apariția bolii, în ultimă instanță a acelor boli pentru care toate celelalte condiții există deja (de exemplu, o infecție lentă, factori genetici sau o alergie deja existentă).

Din contra, noi am putea presupune că tulburările funcționale – despre care se va vorbi mai mult în capitolul 13 și care sunt caracterizate prin lipsa de procese de boală demonstrabile – pot apărea direct prin instalarea unui stres psihologic. Tulburările vegetative care sunt provocate de stres (vasodilatație, schimbări în țesutul muscular și înțepături în sistemul nervos simpatic) pot provoca în mod direct suferințe care pot fi descrise ca fiind disfuncții ale unui organ sau ale unui sistem de organe (de exemplu, tulburări ale stomacului, colon spastic și dureri musculare ca urmare a tulburării locale a irigării sanguine).

Relația dintre stresul psihologic și boală constă în două maniere de manifestare:

a stresul psihologic conduce la diminuarea rezistenței la boală; factorii preexistenți capătă deci o șansă în plus de a se dezvolta către boală;

b stresul psihologic conduce la tulburări vegetative, acele tulburări care pot afecta funcționarea organelor.

Există un mare număr de teorii ale stresului psihologic.[8] Cele mai importante sunt cele ale lui Dohrenwend, Lazarus, Mechanic și ale grupului din Michigan. Cea a lui Dohrenwend ne oferă o serie de puncte importante de racord.

Dohrenwend distinge trei factori în dezvoltarea stresului: **a** stresorul sau cel ce cauzează stresul, **b** maniera în care se ia contact cu stresul, **c** maniera în care omul se adaptează la stres.

Ad absurdum **a** *(ad a.)* În principiu, orice eveniment poate conduce la stres. Dohrenwend acordă atenție mai ales „vieții (plină de evenimente) stresante", evenimente/întâmplări care marchează de o manieră vizibilă situația de viață a cuiva, cum sunt pierderea prin moarte a unei persoane dragi, divorțul, o nouă locuință sau schimbarea funcției. Trebuie avut în vedere însă că schimbarea în sine nu este determinantă pentru stres. Gersten și colab.[9] arată că stresul este mai puțin provocat de schimbări în viață din cazul tinerilor decât de factorii calitativi care persistă în viața lor, cum ar fi sărăcia, deteriorarea căsniciei părinților, sau o mamă bolnavă cronic. Deci, „evenimentul de viață", de exemplu, un divorț, este numai un simptom al unei situații stresante cronicizate. Un eveniment poate avea de asemenea o semnificație aparte pentru cineva și numai ca atare poate conduce la stres. Cineva poate concepe căsătoria ca pe un fenomen armonic, dată fiind experiența lui ca copil. Lipsa acesteia din viața lui poate fi deci mai gravă decât la altcineva.

Scanned with OKEN Scanner

Atât timp cât stresul sub care este cineva nu este niciodată „citit" cu certitudine din punctul de vedere al naturii situației sau evenimentului de către altcineva (de ex., de medic), anumite situații sau evenimente vor continua să fie stresante. Lucrul acesta este de înțeles pentru că viața individuală este centrală în apariția stresului, dar această viață este codeterminată de mediul și cultura în care se desfășoară. Aakster[10] a cuprins într-o perspectivă diferite forme de stres generate în special în societatea noastră. El distinge, între altele, următoarele forme:

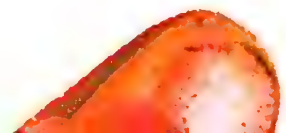
1 Supraîncărcare. Două forme ale acesteia sunt distinse. În primul rând, supraîncărcarea care este atât de mare încât nu se poate reacționa adecvat la ea prin intermediul mijloacelor „normale". Această supraîncărcare poate fi fizică (zgomot, climă, arșiță, frig, tensionare corporală), dar poate fi conținută și în situațiile interumane sau de familie (de ex., prezența unor membri de familie care necesită foarte multă îngrijire). În al doilea rând, este supraîncărcarea care este „normală" din punctul de vedere a ceea ce solicită, dar față de care individul nu are resurse să corespundă. Aceasta ar putea fi numită ca fiind un handicap fizic sau spiritual (mintal). Este nesigur dacă se poate face o bună deosebire între cele două forme: este dificil să se spună ce este normal! În practică, această deosebire este însă de folos pentru că consecințele terapeutice pentru fiecare dintre ele pot fi diferite: în primul caz se va pune accentul pe diminuarea stresului, în al doilea caz, individul va fi acela, dacă aceasta este posibil, care va fi întărit pentru „a face față" agentului stresant.

2 Subîncărcarea. Subîncărcarea continuă, atât corporală cât și intelectuală, poate diminua capacitatea de a reacționa adecvat la stimuli. Oragnismul nu mai este în stare să răspundă la solicitările la care poate fi supus.

3 Conflict interpersonal. Acesta poate fi un conflict de căsnicie, dar și unul decurgând de pildă din faptul de a aparține unei minorități (etnice, religioase, sexuale) sau unui grup stigmatizat (de ex., foști deținuți sau foști bolnavi mintali).

4 Deprivarea. Aceasta poate fi o deprivare relativă, de exemplu, a te simți strâmtorat în privința spațiului vital, sau viața în circumstanțe de sărăcie. Tot din rândul circumstanțelor neobișnuite pentru situația de viață se poate cuprinde, de exemplu, o știrbire a statutului ca urmare a unei boli cronice sau a unui copil debil.

5 Supraaspirație și supraevaluare. Este vorba de scopuri care rămân neatinse sau nu pot fi atinse pentru că fie că sunt prea înalte și nu sunt în concordanță cu capacitățile de realizare, fie nu pot fi realizate din punct de vedere social datorită lipsei unei diplome etc. Există un schimb între a voi și a putea. Dintr-o cercetare proprie rezultă că astfel de probleme joacă un rol special în cazul suferințelor de foarte lungă durată sau care apar foarte frecvent fără să fie vorba de o boală cauzată fizic. La bărbații tineri apar ca stresor impedimentele de a urca pe scara socială, în timp ce la bărbații de vârstă medie, care au ajuns în vârful scării, apare problema că nu poate avansa mai sus. Cei din urmă trebuiau să-și îmbogățească munca cu un conținut diferit. Pentru bărbații mai bătrâni la care capacitatea de muncă a scăzut, a apărut dificultatea de a menține la nivel corespunzător nivelul muncii lor, mai ales dacă aceasta presupune un volum mare de prestare socială de preluat.



Scanned with OKEN Scanner

Noi am vrea să adăugăm o a șasea categorie, și anume cea care decurge din *conflictele de rol*. Prin conflict de rol înțelegem conflictul care apare din nepotrivirea reciprocă dintre așteptările formulabile în sfera rolului social (rolul-expectanță) și îndeplinirea reală a acestuia. Un conflict de rol poate apărea de asemenea dacă rolurile pe care trebuie să le îndeplinească un același individ nu se pot combina convenabil. Prin rol înțelegem comportamentul care se manifestă cu certitudine în mod regulat astfel încât el poate fi previzibil ca comportament de așteptat. Nu este vorba deci de o caracteristică a comportamentului unui individ, ci de comportamentul (în relație) pe care cineva îl așteaptă de la altcineva aflat într-o anumită funcție: medic, polițist, președinte, fotbalist sau soț. Comportamentul de rol este colorat de individualizarea comportamentului. Comportamentul de rol face posibilă coexistența în cadrul unei comunități; altfel, coexistența ar avea un caracter dezorganizat pe care nu te poți baza sau avea încredere (vezi și notele 3 și 7).

Semnificația unui eveniment se poate schimba de la un moment la altul pentru cineva. Este dificil ca cineva „să fie mereu contra", dar aceasta poate la un moment dat să constituie un factor favorizant în a contribui la crearea unei situații stresante. Acest factor în plus poate fi un conflict, dar și o gripă sau un accident. Deci nu trebuie să ne mulțumim cu explicarea factorului care „a completat" cauzele unei boli, ci trebuie mers în adâncimea cauzelor (într-o astfel de situație, omul însuși se poate aștepta la o mai ridicată sursă de accidente).

Pentru înțelegerea stresului, semnificativă nu este numai natura stresorului, dar și factorul timp poate avea o influență. Astfel, se poate ca o schimbare apărută brusc să conducă mai repede la stres decât una care este de așteptat să fie de mai lungă durată, sau o prestare care trebuie efectuată în timp scurt poate fi mai stresantă decât una pentru care este timp suficient la dispoziție. Una din cele mai importante caracteristici ale societății de azi este aceea că zeci de schimbări, atât pe terenul tehnicii cât și pe cel al normelor și valorilor, apar într-un tempo foarte ridicat. Presupoziția conform căreia omul modern este mai expus riscului la stres decât cineva trăind într-o societate statică este la îndemâna oricui.

Totuși, schimbarea nu este întotdeauna de evaluat negativ chiar dacă ea ridică riscul la stres: o căsătorie, nașterea unui copil, succesul personal[12]. Riscul la stres este mărit de asemenea de cantitatea mare de informație, adesea contradictorie care este pusă în circulație. De asemenea transformarea unor statuturi sociale poate fi stresantă; femeile și copiii sunt mai emancipați decât cele/cei din secolul XIX, iar rolul dominant de bărbat/tată nu mai este la fel acceptabil.

Ad b) *Maniera în care are de a face cu stresorul.* Acesta depinde de factori diferiți; în primul rând de factori personali: calificările/talentele, normele și valorile pe care omul le utilizează. Acestea vor determina în ultimă instanță capacitatea de a aborda stresul. Această capacitate poate fi consolidată chiar în copilărie; este de fapt una din cele mai importante datorii ale familiei[13]. De asemenea, felul în care sunt citite situațiile poate contribui la o poziție bună

Scanned with OKEN Scanner

în privința comportamentului de cuplare. Măsura în care cineva se cuplează definitiv la un aspect al vieții poate diminua vizibil capacitatea de a face față stresului. Se poate spune chiar că persoanele neurotice au cel mai adesea un comportament de cuplare mai unilateral înclinat decât alții. O inteligență orientată unilateral este mai neputincioasă în fața stresului decât una mai flexibilă. Capacitatea de a face față stresului are un rol pozitiv de îndeplinit în cadrul capacităților generale ale cuiva. Pe lângă factorii personali, cei externi pot avea de asemenea o influență. Unele circumstanțe sociale conțin mai multe oportunități pentru un comportament adecvat decât altele; în multe situații, poziția socială este un impediment (de ex., apartenența la o minoritate etnică, lipsa exercitării influenței sociale, faptul de se afla într-o nesiguranță în privința muncii, situația de dependență).

Ad c) *Maniera în care se adaptează omul la stres*. Pentru aceasta există diferite mecanisme, între altele, *afective* (mânie sau anxietate) și *cognitive*. Cineva poate, de pildă, să piardă tot interesul pentru ceea ce mai înainte îl privea îndeaproape. Cineva poate avea o altă opinie despre evenimentele stresante sau schimbarea scopurilor propuse (de ex., să se concentreze asupra consecințelor favorabile dintr-o situație de muncă). Aceste mecanisme pot fi foarte folositoare în confruntarea stresului, deși ele pot duce și la o negare sau o subevaluare a realității. Faza de negare din timpul procesului de deces (despre care se va vorbi mai mult în capitolul 18) este un exemplu al unor astfel de mecanisme. Unii au nevoie de această negare pentru a face față unei situații pe care o trăiește, pentru alții nevoia de negare este cu mult mai mică. Ca medic, nu este întotdeauna de dorit ca un astfel de mecanism de apărare să fie distrus. Cu ajutorul acestuia mulți au supraviețuit lagărelor de concentrare sau exterminare.

Din toate acestea reiese că suportarea stresului nu trebuie să conducă automat la boală. Thomas[14] este de părere că cineva se poate afla într-o criză care să conducă la stres, dar este posibil și ca acel cineva să devină mai puternic, mai bogat spiritual și mai matur tocmai prin învingerea crizei. Aceasta înseamnă pe de o parte că o societate „lipsită de asperități" nu este una ideală; ea poate sta în calea dezvoltării spirituale, iar stresul poate apărea chiar din faptul că mediul solicită prea puțin pe individ. Neobișnuitul, competiția/provocarea sunt de asemenea necesare întreținerii unei culturi. Concepția istorică a lui Toynbee asupra supraviețuirii sau dispariției unor culturi este fundată pe ideea că o cultură își menține existența numai dacă se confruntă de o manieră adecvată cu încercările vieții și ca urmare se ridică pe un nivel superior.

Un al doilea autor care s-a ocupat de teoriile despre stres este *Lazarus*[15]. El pune accentul pe faptul că o excitare, un eveniment sau o situație pot duce la stres dacă acestea constituie o amenințare pentru individ. O întâmplare este taxată de cel vizat conform caracterului ei amenințător. Lazarus numește aceasta „cântărire". El merge chiar mai departe considerând că stresul poate apărea și dacă cineva anticipează o viitoare, posibilă amenințare; astfel se poate, de pildă, ca frica conștientă sau inconștientă de a nu îndeplini aștep-

Scanned with OKEN Scanner

tările proprii sau ale altora poate cauza stres. Această cântărire (evaluare) depinde de stresor, de caracteristicile individului și de factorii de mediu social-cultural. Lazarus subliniază mai ales aspectele negative ale stresului, în timp ce Thomas a evidențiat mai ales posibilitățile pozitive ale acestuia.

Mechanic a accentuat încă mai mult ca Lazarus importanța implicării active a individului în situație. Apariția unei stări de stres nu este un proces din care omul face parte lipsit de voință și pasiv; omul este un participant la proces. Așa se face că un luptător face față mai bine stresului decât un altul, sau unul va ocupa o poziție „mai avantajoasă" decât altul. Cercetarea științifică axată pe stres acordă tot mai multă atenție rolului activ al celui implicat. Concluzia este că oricine poate fi afectat de stres. Nu este neapărat nevoie să fie un semn al „valorii scăzute" sau „slăbiciunii". Rezultatul final al confruntării cu stresul depinde de capacitatea de rezolvare a problemelor (comportamentul de cuplare), de capacitatea de a căuta soluțiile adecvate. Am văzut că această capacitate nu depinde numai de calificarea/talentul personal, dar și de situația de fapt, de condiția fizică, de faza din viață în care se află respectivul, de faptul de a fi concentrat pe un singur scop etc.

Grupul Michigan s-a ocupat mai ales de stres în condițiile de muncă. În apariția acestuia joacă un rol: condițiile obiective (organizația în care muncește omul și rolul pe care acesta îl îndeplinește în cadrul ei), perceperea subiectivă a condițiilor, răspunsul individului la mediu (condiții) și consecințele ultime pe care le au reacțiile asupra individului și mediului.

O cercetare foarte bine adecvată mecanismului de cuplare la stres a fost efectuată astfel încât au fost furnizate rezultate pentru o mai bună cunoaștere a relației strânse dintre stresul psihologic și cel fizic, și reacțiile fizice la acesta.

Sistemul imunitar cunoaște atât mecanisme celulare cât și umorale. Limfocitele sunt împărțite în celule B și celule T. Celulele B produc anticorpii prin care se generează imunitatea humorală; cele trei tipuri de celule T distrug așa-numitele celule-țintă. Alături de acestea, sunt celulele „Ucigătoare Naturale" care omoară celulele infectate cu viruși.

Măsura imunității poate fi apreciată de cantitatea de celule sau de cantitatea de imunoglobină din plasmă sau salivă.

Sub influența stresului, crește secreția unor hormoni ca ACTH, glucocorticoizi, catecolamine, prolactină, vasopresină și opoide endogene. Celule imunitare au receptori pentru toți acești hormoni. Important în acest cadru este ca dovezile unei legături nervoase directe între sistemul nervos central și țesutul limfoid să fie demonstrate.

Există cel puțin două sisteme biologice relevante pentru înțelegerea diferitelor mecanisme psihologice ale stresului.

1. Sistemul medulo-simpatic (SMS) (cu secreția de epinefrină și norepinefrină de către secrețiile medularosuprarenale).

Scanned with OKEN Scanner

2. Sistemul hipofizo-corticosuprarenal (HCS) (cu secreția de ACTH de către hipofiză și de glucocorticoide de către corticosuprarenală).

Cele două sisteme sunt intermediare între două moduri de opunere de rezistență la stres:

tentativă de luptă/zbor	→	se activează SMS	→	a fi acut alertat, (ridicare), agitare, comoție, agresivitate, anxietate
conservare sau tragere înapoi din situație	→	se activează HCS	→	pierderea controlului, stare de neajutorare, supunere, resemnare

Anumite forme ale comportamentului de cuplare – cum ar fi lupta cu o situație stresantă sau retragerea din acea situație – merg deci mână în mână cu sistemul imunologic. Stresul modulează sau ridică nivelul anumitor hormoni, ceea ce poate duce la modificări mentale și fizice[16].

UN MODEL DE CONCEPERE A BOLII UTILIZABIL ÎN MEDICINA FAMILIEI

Noi eram în căutarea unui model de concepre a bolii care poate fi de ajutor medicului de familie în a primi un răspuns la întrebarea „de ce vine acest pacient acum la mine?" Am fost de asemenea în căutarea posibilităților de a prelucra în cadrul lui o serie de elemente specifice medicinii familiei: elemente personale, integrale sau ale medicinii familiei. O sintetizare a celor discutate ne duce la următorul model:

a Punctul de intrare este individul cu caracteristicile lui specifice: fizice, spirituale, culturale și sociale. Cum este formulat codul său genetic; care este condiția lui fizică; sunt prezente boli preexistente; sunt celule care amenință să se dezvolte malign? Cum funcționează sistemul nervos vegetativ și sistemul endocrin?

b Apoi este important să se știe în ce situație socială se află. Trăiește într-un grup primar armonios, într-o familie fericită? Are o libertate de decizie în societate sau este complet închistat într-un sistem social constrângător? Se află într-o fază de construire, consolidare sau deteriorare a vieții?

c Ce fel de stresor reprezintă „o viață plină de evenimente stresante". Stresorul nu trebuie neapărat să fie o întâmplare acută ca moartea unei ființe dragi, pierderea locului de muncă etc. Acesta poate fi și un proces lent cum

Scanned with OKEN Scanner

ar fi o căsnicie deteriorată sau probleme care persistă de mult timp la locul de muncă (vezi nota 5). Poate fi vorba de „un eveniment-cheie" care atinge pe cineva într-o chestiune de principiu.

d Dacă acest eveniment sau evenimente conduc la o situație în care solicitările la care cineva este supus sau la care se supune îl depășesc, atunci apare *stresul*.

e Care sunt acele urmări ale stresului care depind de *capacitatea de soluționare a problemelor* (comportament de cuplare) respectivului.

1 Dacă cineva este activ/luptător și posedă capacitatea de a se confrunta cu situația, abilitatea de soluționare a problemei poate fi puternică. Situația stresantă poate fi manipulată, și respectivul poate ieși din ea mai puternic și mai îmbogățit.

2 Chiar dacă abilitatea de rezolvare a problemelor este puternică se poate ca cineva (temporar) să aibă *totuși* suferințe ca urmare a disfuncționalității organelor sau sistemelor de organe (de ex., colon spastic, disfuncționalități ale stomacului, tulburări ale ritmului inimii, hipertensiune etc; vezi mai departe capitolul 13).

3 Capacitatea de soluționare a problemelor poate fi însă depreciată, diminuată. Atunci este posibil ca echilibrul fiziologic să fie afectat. Din punct de vedere fizic, acesta se poate manifesta sub diferite forme de evoluție:

– pot fi antrenate tulburări în funcționarea unui organ sau sistem de organe;

– rezistența la îmbolnăvire poate fi subminată și o afecțiune preexistentă are o șansă în plus de a recidiva; în principiu deci aceasta poate privi toate bolile;

– apare un risc mai ridicat la expunerea la accidente provocate de așa-numitele surse (potențiale) de accidente (vezi și nota 6).

Capacitatea de soluționare a problemelor este decisă de o serie de factori determinanți. Aceștia sunt, după Van Eijk[17], următorii:

a *Imaginea sinelui (auto-imaginea).* Aceasta este construită în cursul interacțiunii cu ceilalți, mai ales cu cei din grupul primar. Prin intermediul comportamentului și reacțiilor celorlalți, omul își extrage de asemenea și propria evaluare. De mare importanță este faptul că cei care și-au construit o imagine de neputință asupra sinelui, sunt mai puțin în stare să trateze o situație care presupune activitate. Apare atunci o dezvoltare a comportamentului de necesitate care readuce starea de slăbiciune.

b *Procesele de interacțiune din familie* (sau într-un alt grup primar). Imaginile despre sine ale fiecăruia dintre membrii unei familii sunt în interdependență. Apare un model mutual al drepturilor și datoriilor în care fiecare își primește un rol al lui. În funcție de cât de multă presiune se exercită într-o familie pentru a corespunde așteptărilor apare un model interacțional rigid, în care devierea de la așteptări și datorii nu este tolerată (vezi mai departe, capitolul 11).

c *Procese de interacțiune în mediul social mai larg.* Acesta este de ordonat în rețele, conjuncturi sociale. Omul face parte în general din mai multe conjuncturi. O conjunctură solidă poate oferi individului multă certitudine. Caracteristic pentru o conjunctură solidă este faptul că cei ce fac parte din ea

Scanned with OKEN Scanner

ajung la un acord asupra normelor utilizate și că exercită o presiune reciprocă și se ajută reciproc pentru a menține aceste norme. În conjuncturi nesolide apar subsidiar diferite norme; controlul și ajutorul reciproc sunt (mai) blocate; nesiguranța poate fi o urmare a acestei stări. O rețea, conjunctură solidă poate însemna un suport pentru capacitatea indivizilor de rezolvare a problemelor. Dar poate, pe de altă parte, sta în calea unei atitudini mai suple în procesul de adaptare în cazul unor schimbări severe.

O capacitate slabă de rezolvare a problemelor nu duce singură cu necesitate la boală. Ea poate duce la probleme de comportament, alcoolism, criminalitate ș.a.m.d. Această dezvoltare teoretică a unui model de concepere a bolii este un suport pentru o abordare personală (= cu implicarea cursului vieții) și una integrală a problemelor. Chiar întrebarea de ce vine un pacient *acum* să ceară ajutorul devine mai clară. Pe deasupra, teoria poate fi folositoare în a descoperi fapte, relații, trăiri și sentimente ale pacientului. Cele arătate mai sus au fost schematizate în figura 5–1.

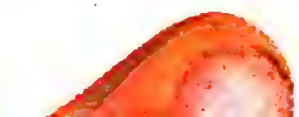
Schema din figura 5–1 este într-adevăr o ilustrare a textului dezvoltat până acum, dar conține și informații proprii.

a Caracteristicile specifice ale individului sunt parțial „statice", ceea ce vrea să spună că unele sunt prezente într-o formă permanentă, cum sunt determinarea genetică, experiențele din copilărie, bolile deja făcute. O altă parte este mai supusă schimbării și mai influențabilă: boli care sunt în evoluție (care sunt descoperite printr-un diagnostic timpuriu), o reducere temporară a rezistenței datorită bolii (de combătut prin tratament), formula sângelui sub influențe nefavorabile etc.

b Situația socială contribuie la a determina măsura în care există libertatea de alegere. Un supraveghetor al unei clădiri de 50 de ani are mai puțină libertate de a schimba circumstanțele vieții lui decât un sociolog de 30 de ani, un sărac, mai puțină libertate decât un bogat, cineva cu educație inferioară, mai puțină decât cineva cu educație înaltă.

c Viața plină de evenimente stresante acționează ca un stresor. Acesta este cazul numai dacă la un moment dat există o „capacitate de răspuns" nesatisfăcătoare. Dacă omul este în stare să reacționeze în mod adecvat la o situație sau eveniment, fie prin a ieși din rutină, fie printr-o modalitate creativă, atunci nu este vorba de stres. Un stimulus devine stres numai dacă este urmat de o reacție neadecvată.

d Dacă însă cineva este pregătit, atunci, în principiu, capacitatea de rezolvare a problemelor este prezentă. Aceasta înseamnă că omul, după reacția de alarmă, ajunge în faza de formulare a rezistenței, care poate fi urmată de revenirea la situația normală. Pe durata fazei de rezistență pot apărea suferințe fizice ca urmare a apariției de tulburări funcționale (vezi mai departe capitolul 13). Puterea capacității de rezolvare a problemei ține de asemenea de intensitatea, forța stresului. Aceasta înseamnă că dacă cineva este relativ bine pregătit să înfrunte stresul, la înfruntarea cu un stres ce depășește această pregătire (vezi nota 7) poate deveni bolnav sau poate dezvolta probleme de comportament.



Scanned with OKEN Scanner

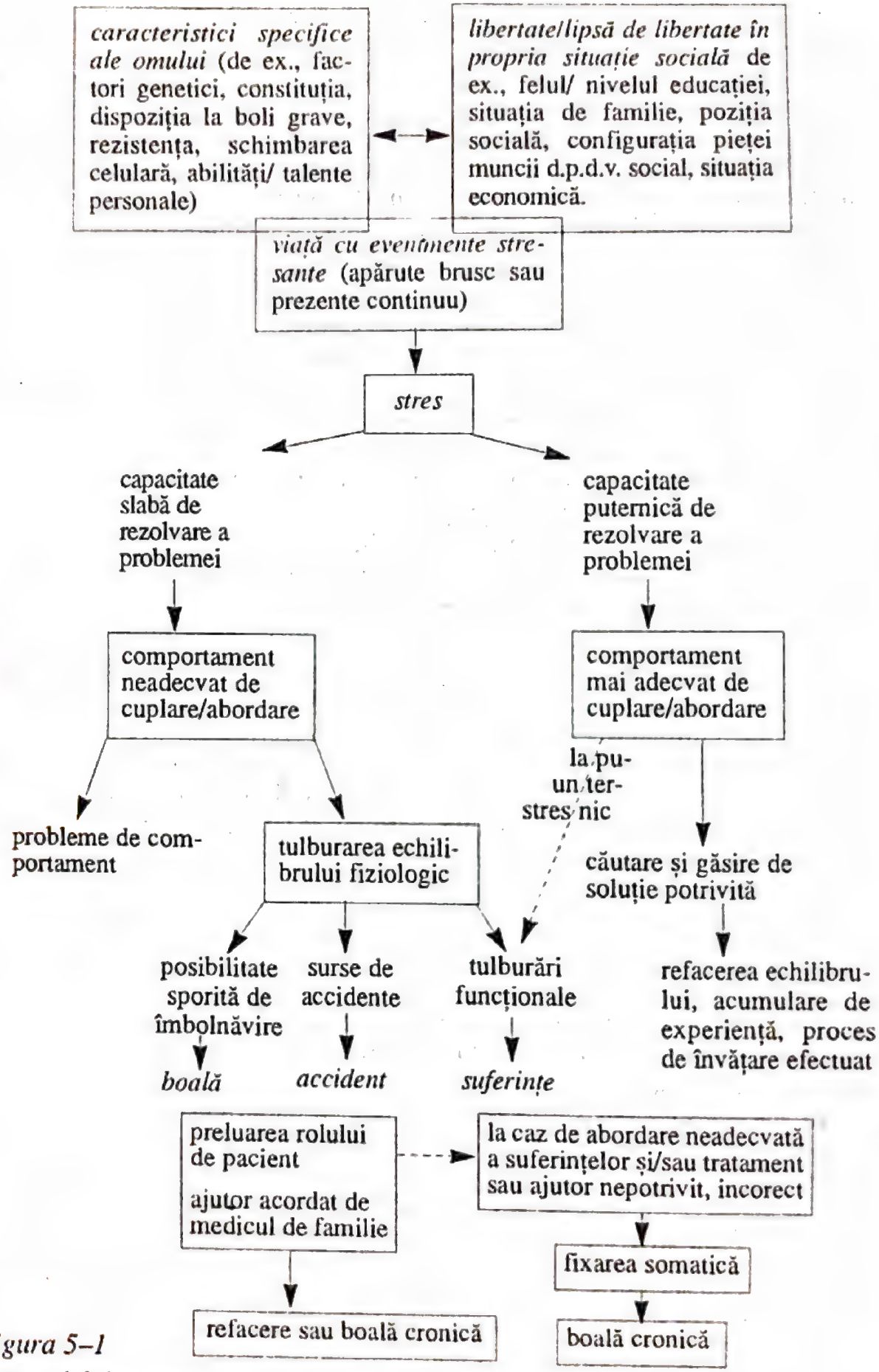


Figura 5–1
Un model de concepere a bolii

Scanned with OKEN Scanner

e Ceea ce este înscris la rubrica capacitate slabă de rezolvare a problemei: – relativizată prin a ține cont de d – este specificată în figura 5–1 printr-o serie de reacții posibile. Sunt posibile reacții care pot rămâne cu totul sau parțial în afara câmpului de observare al medicului, cum ar fi problemele de comportament. În câmpul de observare al medicului vine o mai mare sau mai mică parte a urmărilor unei tulburări a echilibrului fiziologic care, la rândul lor, pot avea diferite consecințe:

– o disfuncționalitate a unor organe sau sisteme de organe, o dezechilibrare a corelării diferitelor sisteme de organe între ele: tulburări funcționale (vezi capitolul 13);

– o posibilitate sporită de îmbolnăvire, datorită căreia bolile organice au șansa de a se dezvolta, ca de ex., bolile infecțioase, bolile de sistem, bolile autoimune și chiar afecțiuni maligne;

– o mai mare predispoziție de reducere a accidentelor (vezi nota 6);

– este posibil ca cineva să caute în rolul de pacient un refugiu comportându-se ca un bolnav fără să fie vorba de un proces de boală sau de o anormalitate funcțională. Poate fi vorba însă de o problemă de comportament și boală. Apariția unei tulburări funcționale poate atrage după sine o boală somatică: rolul de pacient poate fi îndeplinit de cineva care are suferințe corporale.

FORMAREA TEORIEI MEDICINII FAMILIEI

Medicul de familie este înclinat într-o primă instanță să privească suferințele, simptomele și bolile ca fiind procese individuale și să caute astfel aspectele lor specifice. În cele arătate mai sus am văzut însă cât de multă influență este exercitată din afară asupra procesului de devenire ca bolnav și pacient.

Medicul de familie este însă foarte repede confruntat cu „aspecte ale medicinii de familie", cel puțin prin faptul că primește la consult și alți membri ai familei respective. Dar și în timpul vizitelor la domiciliu el își poate face o impresie asupra interacțiunii, întrajutorării reciproce etc.

Huygen[18] pledează pentru ca medicul de familie, alături de abordarea individuală, să utilizeze abordarea din perspectiva medicinii familiei. Aceasta înseamnă – pe scurt – că familia este considerată un sistem social în interiorul căreia au loc interacțiunile care influențează decisiv asupra apariției suferințelor, manifestării lor, devenirii și rămânerii ca bolnav. Una din caracteristicile unui sistem social este aceea că el tinde să se mențină. Aceasta nu este dificil într-o circumstanță statică; prin influențele exercitate din afară se fac încontinuu corecțiile necesare. Dacă o familie funcționează bine ca sistem, ea se va dezvolta ca o individualitate în care libertatea tuturor membrilor de familie este construită în cadrul unei responsabilități mutuale.

O familie poate însă funcționa mai puțin bine. Atunci creșterea și dezvoltarea unuia sau mai multor membri de familie este strâmtorată. Aceasta se poate manifesta între altele prin suferințe, simptome și boli. Poate apărea un schimb de procese între membrii familiei în care un comportament anormal

Scanned with OKEN Scanner

sau greșit să fie indus unul altuia. Apare astfel ceea ce Huygen a numit „cauzalitate circulară" în care schimbul de procese între membri este atât de puternic, încât nu se mai poate stabili unde a fost generat procesul de îmbolnăvire. O astfel de situație poate duce la faptul că cineva îndeplinește rolul de pacient într-o familie numai pentru a o menține într-un echilibru. Conflictele mocnite pot fi astfel făcute să se manifeste. Acest proces poate avea drept consecință și o fixare somatică. Despre aceasta se va vorbi mai mult în capitolele următoare. Dar procesul de fixare somatică nu are loc numai în interiorul familiei. Mediul de muncă poate contribui la el. Nota 5 aduce mai mult despre aceasta.

Trebuie să fie clar că medicul are și el un rol în generarea unei stări de fixare somatică. Despre aceasta se va vorbi în capitolul următor.

UN CAZ CA EXEMPLU

Capitolele din urmă s-au referit în mod repetat, uneori implicit, alteori explicit, la utilizarea modelelor de concepere a bolii. Decurgând din aceasta, se va face acum explicită istoria/evoluția unei boli prin explicitarea aplicării diferitelor modele.

Doamna A are 67 de ani și este căsătorită cu un bărbat cu cinci ani mai tânăr. Ea are doi fii adulți. Copil fiind, ea a avut o paralizie infantilă (poliomelită); piciorul drept este, ca urmare, încă ușor atrofic (atrofiat). Ea a avut în 1956 și 1960 o colică biliară; în 1961 i-a fost extrasă vezica biliară. În 1959, 1963 și 1966 ea a avut dureri cervicale. De câțiva ani buni, ea are hipertensiune variabilă și, pe deasupra, are perioade în care simte o durere la sân care atrage după sine o tensionare, încordare fizică. Durerea se manifestă astfel în brațul stâng și la ceafă. Dacă se odihnește, durerea dispare relativ repede. Aceasta este deci foarte sigur o angină pectorală instalată ca urmare a îngustării capacității vaselor coronariene.

Se formulează astfel un diagnostic somatic: hipertensiune și angina pectoris. Diagnosticul este bazat pe cunoașterea tabloului bolii și pe schimbările patologice manifestate la nivelul inimii și vaselor sanguine. Pe baza acestei cunoașteri se prescrie o terapie: reducerea sării din dietă, o dietă diuretică, mijloace de combaterea îngustării vaselor coronariene, și eventual, antihipertensive. Se stabilește și o regulă de viață.

Reiese că suferințele anginoase apar periodic și nu sunt prezente permanent. Atunci are loc și o ridicare a tensiunii sângelui. Una din asemenea perioade a avut loc acum cincisprezece ani, o a doua perioadă, cu aproximativ cinci ani în urmă, și recent, aceste suferințe s-au manifestat iar.

Doamna A este o persoană plăcută, inteligentă, prietenoasă, cu care se poate stabili ușor un contact. Ea realizează clar în discuții faptul că este din ce în ce mai conștientă de situația în care se află. A a fost crescută, ca singura fată – împreună cu fratele ei – după un model tradițional. Mama ei având grija casei, tatăl patriarhal, cu sentimentul intens al propriei valori. Această situație s-a prelungit, a persistat și după căsătoria ei relativ târzie: mama ei a murit puțin timp după încheierea căsătoriei, iar tatăl s-a mutat în casa ei.

Scanned with OKEN Scanner

sau greșit să fie indus unul altuia. Apare astfel ceea ce Huygen a numit „cauzalitate circulară" în care schimbul de procese între membri este atât de puternic, încât nu se mai poate stabili unde a fost generat procesul de îmbolnăvire. O astfel de situație poate duce la faptul că cineva îndeplinește rolul de pacient într-o familie numai pentru a o menține într-un echilibru. Conflictele mocnite pot fi astfel făcute să se manifeste. Acest proces poate avea drept consecință și o fixare somatică. Despre aceasta se va vorbi mai mult în capitolele următoare. Dar procesul de fixare somatică nu are loc numai în interiorul familiei. Mediul de muncă poate contribui la el. Nota 5 aduce mai mult despre aceasta.

Trebuie să fie clar că medicul are și el un rol în generarea unei stări de fixare somatică. Despre aceasta se va vorbi în capitolul următor.

UN CAZ CA EXEMPLU

Capitolele din urmă s-au referit în mod repetat, uneori implicit, alteori explicit, la utilizarea modelelor de concepere a bolii. Decurgând din aceasta, se va face acum explicită istoria/evoluția unei boli prin explicitarea aplicării diferitelor modele.

Doamna A are 67 de ani și este căsătorită cu un bărbat cu cinci ani mai tânăr. Ea are doi fii adulți. Copil fiind, ea a avut o paralizie infantilă (poliomelită); piciorul drept este, ca urmare, încă ușor atrofic (atrofiat). Ea a avut în 1956 și 1960 o colică biliară; în 1961 i-a fost extrasă vezica biliară. În 1959, 1963 și 1966 ea a avut dureri cervicale. De câțiva ani buni, ea are hipertensiune variabilă și, pe deasupra, are perioade în care simte o durere la sân care atrage după sine o tensionare, încordare fizică. Durerea se manifestă astfel în brațul stâng și la ceafă. Dacă se odihnește, durerea dispare relativ repede. Aceasta este deci foarte sigur o angină pectorală instalată ca urmare a îngustării capacității vaselor coronariene.

Se formulează astfel un diagnostic somatic: hipertensiune și angina pectoris. Diagnosticul este bazat pe cunoașterea tabloului bolii și pe schimbările patologice manifestate la nivelul inimii și vaselor sanguine. Pe baza acestei cunoașteri se prescrie o terapie: reducerea sării din dietă, o dietă diuretică, mijloace de combaterea îngustării vaselor coronariene, și eventual, antihipertensive. Se stabilește și o regulă de viață.

Reiese că suferințele anginoase apar periodic și nu sunt prezente permanent. Atunci are loc și o ridicare a tensiunii sângelui. Una din asemenea perioade a avut loc acum cincisprezece ani, o a doua perioadă, cu aproximativ cinci ani în urmă, și recent, aceste suferințe s-au manifestat iar.

Doamna A este o persoană plăcută, inteligentă, prietenoasă, cu care se poate stabili ușor un contact. Ea realizează clar în discuții faptul că este din ce în ce mai conștientă de situația în care se află. A a fost crescută, ca singura fată – împreună cu fratele ei – după un model tradițional. Mama ei având grija casei, tatăl patriarhal, cu sentimentul intens al propriei valori. Această situație s-a prelungit, a persistat și după căsătoria ei relativ târzie: mama ei a murit puțin timp după încheierea căsătoriei, iar tatăl s-a mutat în casa ei.

Scanned with OKEN Scanner

Acest lucru nu a creat decât puține probleme dată fiind natura tolerantă a soțului ei. Au fost totuși ceva tensiuni, dar acestea erau mai întâi urmarea faptului că doamna semăna mult cu tatăl ei: înclinare către a fi de sine-stătătoare, independență și neacceptarea cuiva superior. Înaintea căsătoriei, ea a fost într-o poziție de dependență, de supunere – căsătoria nu a adus o liberare din acest punct de vedere. Felul posesiv al tatălui ei, care în trecut s-a exercitat asupra mamei, a crescut acum. La aceasta a contribuit faptul că, financiar, familia ei era în parte dependentă de tatăl ei. Tații vor să fie legea. Aceasta nu este o chestiune de discutat și nici nu a fost vreodată.

În ciuda structurii caracterului ei, această pacientă nu a învățat în tinerețe cum să-și abordeze problemele. Ea trebuia să fie ascultătoare și atât.

În familia dinspre mamă nu au fost mulți suferinzi de hipertensiune, deși câțiva unchi și mătuși au decedat de atac de cord.

Sunt prezenți deci unii factori preexistenți: prezența în cadrul familiei a bolilor de inimă și circulație sanguină și o insuficientă învățare a felului în care să se procedeze cu aceste probleme.

Pacienta trăiește într-o situație care din punct de vedere social nu este de libertate, ci de dependență financiară și emoțională față de tatăl ei.

Cu timpul ea a descoperit că nu poate atinge libertatea pe care și-o dorește și tot atunci au apărut suferințele anginice și hipertensiunea. În această situație, ea trebuia să alimenteze doi copii în creștere. Ea a simțit că lucrul acesta este deja împovărător: lipsă de libertate din partea tatălui și cu un soț care, iubitor fiind, nu oferea nici un suport.

Suferințele apărute din felul foarte puternic de manifestare a personalităților din familie au condus-o la medic și ea a devenit pacientă prin influența interacțiunilor din propria familie.

Când și când izbucneau conflicte între fiică și tată. Ea trebuia însă în general să-și ascundă sentimentele pentru că a fost educată ca o fată ascultătoare și iubitoare și pentru că soțul ei nu era în stare să înțeleagă natura acestor conflicte.

Această situație cronică poate fi numită o viață de evenimente stresante: dezvoltarea pacientei a fost inhibată atât de împrejurare, mediul ei, cât și de imaginea pe care și-a făcut-o despre sine.

Capacitatea de rezolvare a problemei este la ea relativ scăzută; ea nu a învățat în tinerețe cum să se ridice deasupra ei înseși. Ea este hotărâtoare la apariția bolilor, mai ales a unei boli pentru care există predispoziții.

Ea caută la medicul de familie și un suport, o supapă și o posibilitate de a se vedea pe sine în afara familiei.

Cum tatăl a devenit și el bolnav (afecțiune malignă), s-a făcut treptat mult mai blând. S-a schimbat felul în care ținea la pretențiile lui; la o vârstă înaintată el a apărut a fi capabil de a-și schimba conduita. S-a făcut mai mult loc pentru existența ei. După decesul lui, ea este mulțumită de ceea ce a făcut în ultimul timp pentru tatăl ei. Oricum, libertatea ei decizională în cadrul familiei a crescut. Pentru ea, nu atât decesul tatălui a însemnat o eliberare cât perioada care a urmat.

Scanned with OKEN Scanner

Cu cinci ani în urmă, băiatul cel mic a făcut o boală foarte gravă. La examen medical, o fotografie cu raze X a pus în evidență o mică extensie a mediastinum-ului și s-a stabilit diagnosticul „boala lui Hodgkin". Aceasta a cauzat multă îngrijorare și multe temeri în familie. Au urmat multe investigații și tratamente. Din fericire, procesul a fost redus (stadiul I) astfel că șansa de însănătoșire era mare. În această perioadă durerile ei anginice s-au intensificat și presiunea sângelui s-a ridicat.

Era vorba în mod clar de un eveniment stresant de viață; punerea în pericol atât de mare a vieții unui fiu a fost pentru mamă un eveniment care a lovit-o extrem de adânc.

În această perioadă, doamna A s-a plâns de dureri la ceafă, omoplat, mușchii bazinului și ai părților superioare ale picioarelor ca și cum ar fi „gripă". Investigarea a arătat că nu este nici-o anormalitate corporală. VSH era însă foarte mărit. S-a stabilit diagnosticul de polimialgie reumatică, o afecțiune care este bazată pe o artrită granulomatozică. Pentru o confirmare a diagnosticului, pacienta a fost trimisă la un internist.

Aici s-a stabilit același diagnostic. Acest lucru a fost în ultimă instanță important pentru că această boală a fost tratată cu corticosteroide.

Nu este încă clar cât de mult a contribuit stresul la fundamentarea a ceea ce a dus la apariția acestei boli.

Acest caz limpezește faptul că pentru medicul de familie se ridică mereu aceleași două întrebări:

a de ce apare *acum* la această pacientă *aceste* suferințe și de ce vine această pacientă *acum* la mine?

b ce proces de boală există la această pacientă?

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 5

NOTA 1. ADNOTĂRI ISTORICE

Cu siguranță că etimologia cuvântului *bolnav* împrumută ceva din concepțiile vechi. Pentru omul primitiv care era cu totul dependent de condițiile naturale din jur, boala era cauzată de puterile, forțele naturii și de sublimarea în zei a acestora. Dacă omul ofensa acești zei, ei se răzbunau pe familia, clanul sau tribul vinovat.

Omul trebuia deci să se roage continuu la ei și să se poarte între ei cu precauție. Administrarea medicamentelor a fost înțeleasă în primul rând de omul primitiv tot ca o modalitate de a scoate demonii din omul bolnav. De asemenea exista concepția că cineva putea deveni bolnav prin făcătura altuia, prin farmece sau ochi fermecat. A deveni bolnav este deci o urmare a contrazicerii regulilor sociale ale comunității.

Nu numai omul primitiv vedea o relație între boală și pedeapsă, ci și babilonienii credeau că acestea sunt strâns legate. Discipolii lui Iisus l-au întrebat cine ar urma să fie vindecat, orbul însuși sau părinții orbului, pentru că acesta se născuse orb[19]. Eliberarea de gândirea magico-demonică a început abia o dată cu viziunea iudeo-creștină asupra naturii. Din aceasta a învățat omul că el este deasupra naturii, că el a primit ca o îndatorire dominarea și conducerea ei și să nu se supună numai naturii.

Gândirea magică nu a dispărut cu totul în decursul secolelor. Pascal mai credea că boala este o pedeapsă pentru un păcat, iar Osborn spunea că boala vine de la diavol. Chiar și în acest secol unele boli sunt considerate în ultimă instanță fructul unui păcat. Medicul de familie este confruntat în practică de această concepție când este întrebat de pacienți ce au făcut rău de au adus după ei boala. Chiar și în cadrul gândirii medicale mai există presupuneri că boala ar fi cauzată de păcate sau vinovății. Freud ne învață că boala – sigur nevroza – este presupusă de trăirea unui conflict, și că acest conflict este bazat pe contradicția dintre bine și rău. Dacă între aceste două categorii nu se poate face o deosebire, atunci omul se va afla într-o stare paradisiacă de nevinovăție, liberă de boli sau nevroze. Aici este deci prezentă încă o ideea asupra răului, păcatului, vinovăției ca o componentă morală. Pentru a înlătura neînțelegearea, trebuie să se constate că prin această concepție omul recunoaște că boala nu poate fi manipulată de persoane individuale.

Un alt exemplu al interdependenței dintre noțiunea de boală și contextul cultural se poate găsi în perioada romantică (vezi nota 2 de la capitolul 10). Această perioadă poate fi cu dificultate sintetizată numai în câteva cuvinte, dar una din caracteristicile acesteia este aceea că s-a petrecut o ridicare foarte mare a individualizării omului, pe de o parte, iar, pe de altă parte, s-a adâncit

Scanned with OKEN Scanner

trăirea în interdependență cosmică cu toate lucrurile care există[20]. Omul credea în existența unei singure boli care era fundamentul tuturor celorlalte boli. Ideea unei teorii a bolii atotexplicative încă nu este abandonată. Într-o serie de categorii de gândire se mai poate regăsi această idee; în medicina antropologică, în medicina psihosomatică și chiar în cea integrală se pot recunoaște clar reminiscențe ale fundamentului romantic.

De asemenea, într-o serie de „modalități alternative de vindecare" (altele decât cele ale medicinii științifice) se mai găsesc concepții de genul teoriilor atotexplicative[21]. Acest holism devine în fapt elementul esențial al modalităților alternative de vindecare. O reacție la acest holism este de remarcat în folosirea de către știința modernă a metodelor reducționiste[22]. (NB: cercetarea științifică cere întotdeauna o reducție, nu se poate cerceta niciodată totalitatea. Este vorba însă de *ce anume* reducție este folosită!) Medicina modernă este de asemenea clar un produs al culturii. Renașterea a făcut posibilă fundamentarea de care a avut nevoie cercetarea științifică modernă.

Teoriile despre boală sunt generate și de sistemele filosofice. În *Corpus Hippocraticus*, o culegere de scrieri medicale atribuite lui Hippocrate (deși nu toate scrise de mâna lui) se pot găsi descrieri foarte detaliate ale evoluțiilor individuale ale bolilor și chiar descrieri epidemiologice. După Riese[23], sistematica de ordonare a textelor nu provine de la Hippocrate, ci de la Platon care, în dialogul său *Timeus*, a dat o clasificate a bolilor. Această clasificare se bazează pe filosofia naturii făcută de Empedocle, conform căreia corpul omenesc constă din patru componente: pământ, foc, apă și aer. Boala apare printr-o dezarmonizare a acestor componente. Semnificația adâncă a acestor teorii este alcătuit în oferirea unei etiologii a boliilor; acestea apar datorită tulburărilor proceselor interioare. Școala lui Kos, din care a făcut parte Hippocrate, a înlocuit aceste patru elemente cu patru fluide sau substanțe, și anume sânge, mucozitate, vezica galbenă și vezica neagră. Acestea erau puse de acord cu patru puteri: fierbințeala, frigul, umezeala (umiditatea vaporoasă) și uscăciunea. Boala apare prin deteriorarea echilibrului dintre acestea. Agenții exteriori nu sunt luați în considerație de către această teorie. Reise sugerează că această teorie asupra bolii este în consens fundamental cu concepția politică a lui Platon, în care tot armonia dintre părți este centrală. În statul de tip polis totul este decis în cadrul unui acord general. Hippocrate consideră deci că boala poate fi combătută prin alimentație potrivită și prin măsuri adecvate. Inteligența și cunoașterea pot influența deci boala, durerea și moartea timpurie, ceea ce este o concepție adaptată modelului de cultură greacă veche. De aici se poate trage o linie către prezent: mai ales în ceea ce privește modelul bolilor de tipul celor de evoluție (lipsa de proteine, bolile infecțioase, avitaminozele etc.) care pot fi abordate conform modului de gândire al lui Hippocrate. Este de înțeles faptul că o concepere a bolii în

Scanned with OKEN Scanner

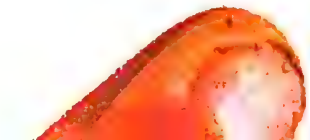
maniera lui Hippocrate a apărut într-o perioadă în care se punea accentul pe coeziunea internă a modelului de boală, ceea ce s-a prelungit până în prezent.

Mai există și o altă viziune asupra cauzei bolilor. O dată cu Rousseau s-a considerat, din contră, că boala este o urmare a obiceiurilor culturale. Civilizația ne-a îndepărtat de la ceea ce este natural și necesar către ceea ce este nenatural și nenecesar, și această evoluție duce la apariția bolii. Această linie duce de asemenea în prezent la apariția „bolilor de civilizație". Boli ale colonului pot apărea datorită utilizării alimentelor produse de civilizație, cancerul pulmonar, datorită fumatului, iar tulburările psihice pot fi toate considerate ca făcând parte din această categorie. Noțiunea neomarxistă de boală, care consideră că societatea capitalistă este generatoarea bolilor, este într-un fel bazată pe filosofia lui Rousseau[24]. De asemenea Jores ajunge la concluzia că multe boli sunt generate de cultură[25], dar în sensul că multe valori și norme și-au pierdut valoarea absolută, s-au relativizat. Prin aceasta omul a câștigat într-adevăr mai multă libertate și mai multă posibilitate de dezinhibare, dar, în același timp, el a pierdut o parte a securității în care trăia.

Hippocrate și Rousseau au arătat amândoi câte una din fațetele unei medalii: Hippocrate a accentuat consecințele faptului de a fi bolnav atunci când omul se supune naturii, în timp ce Rousseau a lăsat să se remarce influența pe care o are cultura în faptul de a fi bolnav. Teoriile de concepere a bolilor care sunt generate astfel de către un concept teoretic au abilitatea de a satisface cerința de integralitate care uneori este chiar și estetică. Există însă riscul ca aceste teorii să se îndepărteze de realitate și să nu se poată testa, aproape deloc, partea de adevăr pe care o cuprind.

Medicina cuprinde o serie de teorii de concepere a bolii care sunt mai apropiate de realitatea zilnică și care sunt mai posibil de a fi testate și evaluate. Vom da câteva exemple de acest fel.

a *Noțiunea fiziologică de boală*. În istoria medicinii se poate întâlni o semnificație a noțiunii de boală ce ar putea fi numită semnificația fiziologică. Galenus (129–199 după Cristos) este unul dintre întemeietorii acesteia. Bazându-se pe concepțiile lui Hippocrate, el a susținut că îmbolnăvirile sunt în fapt devieri de la funcționarea normală, fiziologică. A fi bolnav înseamnă a fi într-o stare de schimbare graduală din punctul de vedere al condiției de a fi sănătos și deci nu stă în contradicție absolută cu cea din urmă. În viziunea lui Galeus, trebuie să existe o anumită diateză pentru ca o boală să se poată dezvolta. În concepția sa, cauza bolii este implicit prezentă. În medicina de azi, această concepție se poate regăsi în abordarea biochimică, în care se consideră că funcționarea organelor și sistemelor de organe este asigurată de substanțele biochimice pe care acestea le produc și care sunt o consecință a proceselor de sănătate și boală. Datorită acestui mod de a vedea sănătatea și boala ca stări ale unui continuum au loc discuții interminabile asupra a ceea ce poate fi considerat ca normal și care sunt valorile care exprimă un proces de boală.



Scanned with OKEN Scanner

b *Noțiunea anatomo-patologică de boală*

Alături de școlile susținând „curentele humoral-patologice" există unele care identifică procesul de boală cu anormalitatea demonstrabilă a unui organ sau sistem de organe (concepția anatomică) sau cu natura procesului de boală (concepția patologică). Omul a abordat corpul omenesc din interese de cercetare, ceea ce era tabu, deci imposibil în secolele trecute. Morgagni (1682–1771) a fost primul care s-a ocupat de procesele anatomo-patologice, deși a acordat atenție și simptomelor clinice. El a trasat o relație între simptome și laesis. Marele maestru al acestei abordări a fost Virchov (1820–1902). Virchov a ajuns la dezvoltarea unei patologii celulare, știința în care evidențierea leziunii și a bolii împreună sunt identificate. Această abordare este încă prezentă în medicină: prin formularea diagnosticului de ulcer duodenal, pentru mulți, este identificată totodată și boala!

c *Noțiunea etiologică de boală*. Gândirea etiologică a însemnat un mare salt înainte al medicinii. Prin aceasta și prin abordarea afirmată la b s-a așezat baza cercetării moderne care a determinat caracterul specific al medicinii vestice. Gândirea etiologică a fost importantă mai ales în cazul căutării agenților care procesualizau bolile infecțioase. Descoperirea microbilor (Pasteur 1822–1895, Koch 1843–1910) a constituit pentru această abordare un fundament decisiv. Agentul a devenit boala însăși!

Există un punct de racord cu concepția demonologică asupra bolii: în ambele cazuri este vorba de o cauză venind din afară, acționând direct. Procesul de boală poate fi însă cauzat și de reacția organismului la un factor venit din afară, cum este cazul cu reacțiile alergice. De asemenea, se pare că nu oricine vine în contact sau este atins de un agent provocator de boală devine într-adevăr bolnav. Trebuie să se concluzioneze că este vorba de mai mulți factori care intervin în același timp. În afara factorilor cauzali veniți din afară, asupra omului acționează factori predispoziționali (preexistenți) și de factori precipitanți (provocatori). Boala apare deci nu numai datorită unei cauze ci sunt necesare condiții care fac posibilă dezvoltarea ei: „le grain et le terrain" (sămânța și pământul) sunt amândouă necesare pentru apariția bolii. Astfel se ajunge la vindecarea multicondițională și multicauzală a bolii, care constituie o bază pentru alte feluri de teorii asupra bolii: cea socială, psihologică, psihosomatică, integrală și antropologică.

Din cele arătate mai sus reiese că nu poate fi vorba de o singură concepție din care să rezulte o explicare a tuturor bolilor. Mai apare și granița dintre teoria bazată pe experimente și cea bazată pe filosofie. Trebuie să se realizeze că dezvoltarea cercetării medicale depinde mult de posibilitățile tehnice și de aceste granițe. Sigerist[26] atrage atenția asupra faptului că posibilitățile tehnice sunt, la rândul lor, determinante și au rol conducător pentru dezvoltarea teoriilor. Oportunitatea face teoria!

Scanned with OKEN Scanner

Ca încheiere, trebuie să se remarce că în medicină a reapărut pledoaria pentru o gândire clinică realistă. Pentru aceasta, necesară este cunoașterea istoriei naturale a bolii. Cunoașterea procesului de boală se face prin observarea directă, continuă a pacientului și prin stăpânirea informațiilor despre pacient. Dovezi ale acestei abordări se găsesc deja în timpurile vechi. Medicina arabă s-a bazat pe acest fapt. Abordarea pragmatică a bolii în medicina egipteană este dovedită de papirusul Edwin Smith (al treilea mileniu înainte de Cristos). Sydenham și Boerhave au fost urmași ai gândirii lui Baglivi. Ei au readus în atenție abordarea ontologică (ontologia este studiul existentului, a ceea ce există) pe care au considerat-o în esență singura, ultima explicație adevărată pe care o poate aduce medicina. Parțial, această reacție este datorată utilizării în medicină a „cunoștințelor ajutătoare" (chimie, biologie, fizică) ce pot câteodată să domine (mai mult decât ar fi cazul) gândirea clinică. Pentru a susține propria identitate a medicinii ca știință prin intermediul abordării ontologice, aceasta trebuie să devină metoda centrală în medicina științifică. Abordarea practică în care se face uz de variate teorii care par sau s-au dovedit valoroase, și care nu aspiră la a fi un sistem filosofic încheiat, este numită *sincretism*, un termen care, în teologie, de exemplu, stă într-o lumină negativă, dar care, în medicină, este evaluat, ca fiind pozitiv.

Legat de acestea, am vrea să facem o remarcă cu privire la dezvoltarea medicinii familiei. Este foarte interesant să se citească scrierile clinicienilor moderni importanți, dintre care Osler, care este un exponent al stabilirii fundamentelor acesteia. Gândirea clinică, bazată pe contactul cu pacientul, pe o bună anamneză și o bună observare este baza medicinii familiei. Regelson[27] este de părere, într-o scriere apărută în publicația JAMA, că medicina de azi s-a distanțat de gândirea clinică, că pacientul nu mai este văzut și că cercetarea de la distanță a devenit prea importantă în universități și spitale. Aceasta se datorează în mare parte avântului tehnologiei în sfera medicinii. fără a fi împotriva acesteia[28], ideea este că valorificarea tehnologiei trebuie să se schimbe. Preluarea bunelor tradiții clinice și dezvoltarea lor în continuare este o datorie a medicinii familiei.

NOTA 2. NOȚIUNEA SOCIOLOGICĂ DE BOALĂ

Până acum am folosit semnificația medico-somatică și medico-psihologică a noțiunii de boală. Sociologia a dezvoltat un sens propriu al termenului boală pentru a extrage specificul sociologic al acesteia. Central din acest punct de vedere este faptul că a fi bolnav presupune un anumit comportament

Scanned with OKEN Scanner

social: bolnavul stă în general la pat, nu mai merge la lucru și nu-și mai face prezența în timpul mesei. Există o reacție biologică a acestui comportament: bolnavul nu se simte în stare să mănânce și să muncească. Dar acest comportament trebuie acceptat și de mediul înconjurător. A fi bolnav ține de maniera în care este îndeplinit un rol social; se așteaptă de la bolnav un anumit comportament de rol, relativ cunoscut dinainte, acceptabil ca atare (vezi și nota 3). Despre aceasta s-au dezvoltat diferite viziuni care depind de modelul social folosit: *submodelul* sau *modelul conflictului*.

Clasică este concepția lui Parsons[29] care corespunde submodelului. A fi bolnav și a fi pacient constituie un exemplu pe care el îl plasează în cadrul controlului sistemelor sociale. Faptul că bolnavul are nevoie de ajutorul altora face parte din rolul social de bolnav. Comportamentul său este „deviant" dar bolnavul nu se poate ajuta. Boala se configurează într-o stare emoțională care duce la o modificare a comportamentului. Acest comportament nu poate fi acceptat decât dacă el se încadrează stării de boală. Nu se poate aștepta ca bolnavul să se vindece prin propriile forțe; de aceea are nevoie de un altul. În modelul nostru cultural, este de așteptat să fie solicitat ajutorul mediului. Caracteristic pentru această abordare a unui model mai vechi este faptul că societatea îl învață pe individ că a fi bolnav este, din punct de vedere social, a avea un comportament diferit, deci deviant. Prin intermediul controlului social care oferă o expresie pentru îndeplinirea rolului social de pacient, boala este circumscrisă în modelul respectiv.

Abordarea lui Parsons a fost mult criticată (alături de canonizarea definiției pe care el a dat-o). Gordon[30] a arătat că îndeplinirea rolului de pacient depinde de gravitatea prognozei, în cazul unei prognoze grave, pacientul își construiește comportamentul în funcție de mediul lui, în timp ce o prognoză relativ negravă duce la un comportament independent de mediu. Pflanz și Rohde[31] consideră că boala nu trebuie întotdeauna descrisă ca un comportament deviant. Comportamentul deviant este pentru ei (conform concepției lui K.Cohen) acela care încalcă sau desconsideră regulile normative și instituționalizate ale modelului de așteptat[32]. Nu acesta este cazul cu a fi bolnav; comportamentul față de boală nu vine în contradicție cu așteptările, expectațiile sociale.

Cu fiecare pacient, medicul de familie este confruntat cu o manifestare a rolului social de bolnav: consultarea medicului de familie face parte din manifestarea acestui rol. Acesta nu spune nimic prin el însuși despre procesul de boală care are loc. Primar în îndeplinirea rolului de bolnav este manifestarea ideii că ceva este „în neregulă": manifestarea evaluării subiective de către pacient.

În modelul conflictual boala nu este totuși văzută ca un comportament deviant pe care îl manifestă cineva, ci încercarea cuiva de a ajunge la o actualizare a sinelui (a se realiza pe sine în noua poziție). Într-o societate în care dezvoltarea individuală este făcută dificilă prin ceea ce societatea oferă, manifestarea rolului de bolnav este adesea o formă de știrbire a actualizării de sine. Iar aceasta poate constitui o posibilitate de evadare din sistemul social.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul de pacient poate fi ales, conștient sau nu, ca o soluție pentru un rol social conflictual impus de o reducere a disponibilităților la locul de muncă sau în familie. Lammers a specificat în acest sens un termen care vorbește de la sine: „ventilul medical pentru eșuările sociale"[33]. În societatea noastră toate sunt atât de strict reglementate și ordonate, încât nu mai există alte posibilități de evadare; numai prin a te declara bolnav mai poți scăpa de îndatoririle zilnice de la lucru și din familie, și nu numai individul, dar și comunitatea alege adesea această soluție. Un șef în cădere, care a făcut un „pas greșit", este adesea trimis „în concediu medical". Van Doorn și Lammers numesc „emiterea de ventil" o formă de control social[34], prin care sistemul social oferă o modalitate de manifestare a tensiunilor interne. Medicina a devenit, din acest punct de vedere, o forță socială în creștere. Zola[35] vorbește, în legătură cu aceasta, despre „medicalizarea societății": medicina exercită un control social instituționalizat care, este atât de mare, încât rivalizează controlul religiei sau legislației din trecut.

Illich și alții au acordat atenție acestui mecanism de când a fost evidențiat. Zola este de părere că aceasta nu este o consecință a aspirațiilor imperialiste ale medicilor, ci un rezultat al amplificării constrângerii exercitate de sistemul birocratic și tehnologic în care ceea ce spune „expertul" este decisiv.

Din cele de mai sus reiese că omul are o libertate certă de a alege sau nu rolul de bolnav. Această libertate este însă foarte puternic dependentă de gravitatea stării în care se află. Dacă cineva este foarte grav bolnav (de ex., este în comă sau în dureri insuportabile sau cu temperatură ridicată), această libertate este foarte redusă, în timp ce în cazul unei boli care se agravează treptat, libertatea este inițial mare, dar se reduce pe măsura manifestării gravității bolii.

Măsura acestei libertăți are implicații asupra unui alt aspect al rolului de bolnav: absentarea de la locul de muncă. Pentru bolile grave, necesitatea de a absenta de la lucru stă deasupra altor cerințe, dar pentru bolile care se prefigurează ca mai puțin grave, mai ales pentru cele la care subiectivismul felului în care sunt trăite este mai mare decât obiectivitatea, necesitatea de a absenta de la lucru este mai puțin clar formulabilă. Foarte mulți factori personali și de mediu determină expresia ultimă pe care o ia un asemenea comportament. Philipsen[36] a stabilit, într-o cercetare a patronilor (ofertanți de slujbe) din optzeci și trei de întreprinderi, că în trei din patru cazuri de boală alți factori decât cei care obiectiv necesitau absența erau invocați în decizia de a se anunța bolnav a cuiva! El a numit aceasta absentarea gri prin contrast cu absentarea albă care se bazează pe indicii obiective ale bolii, pentru care necesitatea de a absenta depășește alte considerente. Absentarea neagră – nemotivată – nu apărea decât foarte rar.

NOTA 3. NOȚIUNEA DE ROL

Dacă cineva este în căutarea unei noțiuni care să poată exprima relația dintre o entitate individuală și societate, *noțiunea de rol* pare la prima vedere nepotrivită. Van Doorn și Lammers[37] scriu în acest sens: „În această noțiune

Scanned with OKEN Scanner

se întâlnesc împreună „individul" și „cultura", rolul este specializarea (specificarea) unei culturi din punctul de vedere al comportamentului unui individ unic care se găsește într-o anumită poziție."

Prima asociație care vine în minte cu privire la cuvântul „rol" este aceea cu actorul. O zicală se apropie și mai mult de această încărcătură de semnificație a noțiunii de rol: „Viața este un teatru; fiecare joacă un rol și fiecare își primește partea". Un rol este, după dicționarul Van Dale, „cuvintele, gesturile, acțiunile prin care un actor interpretează un anumiă personaj". Este vorba aici de un joc care, după Huizinga[38], nu este viață obișnuită sau adevărată, ci un înlocuitor care cu timpul nu se mai deosebește de cea adevărată. Jocul nu este îndeplinirea unei datorii, ci un fapt al timpului liber. Aceasta nu este valabilă însă pentru orice joc: în dansul magic al „sălbaticului" nu există nici o deosebire între „a fi" și „a juca", între identitate și imaginea simbolică. Interesant este că atât caracterul relativ cât și cel absolut al rolului se regăsesc în literatura științelor sociale! Cuvântul „rol" este adesea întrebuințat de o manieră figurativă în viața socială: omul îndeplinește rolul de acuzator, cineva joacă prost un rol, cineva își schimbă rolul. Noțiunea de „rol" și-a găsit însă în sociologie și psihologia socială un loc printre cele profesionale. Ea a devenit, prin aceea că se află pe granița dintre cele două discipline, mai neclară și mai contradictorie. Asociat cu alte noțiuni de „bun simț sau simț comun" – iubire, comunitate, sănătate – „rolul" nu mai poate fi deloc descris exact. „Fiecare societate dă astfel de denumiri lingvistice diferitelor roluri pe care indivizii sunt de așteptat să le joace. Ceea ce au făcut antropologii și sociologii prin recunoașterea existenței acestei categorizări a fost aceea de a o transforma într-un instrument analitic special"[39]. Noțiunea de rol, așa cum a fost dezvoltată de semnificația ei științifică, are caracterul unui model, în sensul în care, de exemplu, o formulă moleculară sau tipul ideal posedă un caracter de model. De aceea, el trebuie luat numai ca un mijloc ajutător în construirea unei abordări științifice care deci nu are un caracter absolut de realism.

Este posibil să se presupună că forma care i se dă unui model depinde într-o măsură mare de imaginea asupra omului pe care cel ce face modelul o are. În acest sens este folositoare deosebirea pe care o face Van Leent[40] între viziunea europeană și cea americană pe care se bazează noțiunea de rol. Ceea ce, în ultimă instanță, este numit, în terminologia lui Van Leent, „european" revine la descrierea concepției lui Dahrendorf[41]. Acest autor german este de părere că omul îndeplinește un mare număr de roluri: acela de tată, de ființă sexuală, de participant la trafic ș.a.m.d. Sub aceste roluri se ascunde „sinele" adevărat, un sine care este pur în fapt, dar care se actualizează în jucarea rolurilor prin compromiterea lui, prin compromisurile față de ceea ce este pur. Societatea stă în calea libertății reale a individului prin „semnalarea a ceea ce este ofensant, scandalos". Cu privire la îndeplinirea unui rol omul este canalizat prin sancțiuni sau pedepse de grade diferite. Această modalitate dualistă de gândire care se întâlnește și la Goethe sau Jung de pildă, și care e o esență idealistă, l-a împins în final pe Dahrendorf la manipularea unor concepte sterile ca „individualizarea entităților de spiritualitate".

Scanned with OKEN Scanner

O altă modalitate de abordare, care este tot de natură idealistă, este cea a lui Linton[42]. El pleacă de la o imagine asupra societății în care oamenii formează împreună un model. În cadrul acestuia ei au de a face unii cu alții și în aceste contacte are loc îndeplinirea de diferite roluri sociale. Locul pe care omul îl ocupă în model este statutul (lui). Îndeplinirea unui rol este deci a face uz de drepturile și datoriile prescrise acelui statut. Linton face deosebirea între rolurile „prescrise" și cele „îndeplinite". Îndeplinirea primului este valabilă din punct de vedere fizic (corporal) sau al factorilor nativi, cum este acela de a fi bărbat sau bătrân. Un „rol de îndeplinit" este jucat din punctul de vedere al unei calificări, unei abilități pe care omul o achiziționează, ca de exemplu, profesia.

Nadel vorbește despre „recrutarea și îndeplinirea de roluri". Pentru prima categorie există o foarte redusă posibilitate de libertate de alegere, în cazul celei de a doua, există o mare cantitate de voluntarism.

Freedman[43] are un cu totul alt punct de plecare: pentru el primordial este ca oamenii să-și poată fi de folos în mod reciproc pentru ca relațiile care se stabilesc astfel să poată lua expresia de roluri. Astfel, pentru el, societatea are mai mult aspectul unei rețele în care legăturile dintre noduri exprimă relațiile. Status-ul este pentru el secundar; este o opinie de valoare (o evaluare deci) care este dată diferitelor roluri. Prin existența unei integrări, comportamentul de rol este prezentat, jucat cu mare certitudine: este deci vorba de o expectanță de rol. Prin intermediul acestora este posibilă o stabilitate sigură a societății, în timp ce membrul individual știe mai mult sau mai puțin care este ținta acesteia, către ce se îndreaptă. Concepția lui Freedman este de natură mai dinamică decât cea a lui Linton.

O altă direcție care, în terminologia lui Van Lent, este numită „americană", este, de exemplu teoria lui Mead[44]. Acesta pleacă de la ideea că omul se constituie numai în relație cu ceilalți. În afara legăturii de grup nu poate exista o dezvoltare conștientă de sine a personalității. „Al meu" apare prin limitarea de către om a îndeplinirii de către un altul a rolului său, astfel că omul ajunge la un anumit comportament de rol prin oglindirea în rolul jucat de un altul, prin imitare și prin reacția față de aceasta. „Al meu" este deci elementul social din om, care apare prin integrarea rolurilor celorlalți, astfel că omul se poate numi un produs social. Există totuși și un „eu" care este reacția invizibilă a organismului la „al meu"[45].

Deci, în concepția „europeană" este vorba mai mult sau mai puțin de *jucarea* unui rol, în cea „americană" de *îndeplinirea* unui rol. În primul caz, „eu" își pune o mască („personajul" din drama antică), în celălalt caz, acest sine se confundă cu personajul („el este masca pe care trebuie s-o poarte pentru a face astfel pe". Este adevărat că sociologia are mai ales o origine europeană, iar psihologia-socială, mai ales una americană, dar punerea lor în strictă contrarietate poate duce la neînțelegeri. În sfârșit, aceasta poate fi asociată

Scanned with OKEN Scanner

cu punerea în contrast a abordării idealiste față de cea neopozitivită. Teoria rolului poate conduce repede la un determinism, conform căruia, omul ar fi cu totul determinat de situația sa. Comportamentul său întreg ar putea fi deci o reacție la alții și la expectațiile altora. Berger[46] se ridică împotriva acestei înțelegeri greșite: „...individul are de ales păsirea în afara rolului". Și într-adevăr omul este în stare să dispună de supraputerea care constă în scopurile comportării conform rolului – o manifestare a „destinului nefast" – dar prin aceasta el nu est absolvit de responsabilitatea pentru propriile fapte, chiar dacă aceste fapte decurg, sunt determinate de îndeplinirea unui rol. Berger spune deci că: „Pentru un moment, noi ne vedem într-adevăr ca pe niște marionete. Apoi însă, noi săpăm o diferență decisivă între teatrul de păpuși și propria noastră dramă. Spre deosebire de păpuși, noi avem posibilitatea de a ne opri mișcările, privind și percepând mașinăria prin care am fost puși în mișcare. În acest act constă primul pas către libertate".

Noțiunea de rol nu este ușor de înțeles și nu este transparentă. Acum trebuie s-o facem, într-un fel sau altul, operațională. Pentru aceasta, am vrea să-l urmăm mai ales pe Hooning[47] care a reușit aceasta de o manieră foarte înțeleaptă.

După Hooning, se poate sintetiza ceea ce diferiții autori au relevat ca fiind caracteristici ale noțiunii de rol astfel:

a are implicare asupra comportamentului; **b** acel comportament este regulat și **c** această regularitate face posibilă apariția unei așteptări cu privire la acel comportament. Hooning vrea să numească „comportament de rol" numai comportamentul care privește persoanele, cel care privește obiectele fizice este exclus. Nici orice comportament cu privire la persoane este numit de el „comportament de rol". El plasează fiecare comportament pe o scală care merge de la comportamentul pe deplin spontan, până la cel pe deplin conform rolului. Rolul informal (de ex., jucat de o mamă față de copilul ei) se află în vecinătatea comportamentului spontan; rolul formal (de ex., rolul decurgând din a avea o profesie) este mai mult în vecinătatea comportamentului de manifestat conform rolului. Hooning ajunge astfel la următoarea definiție: „Rolul este partea instituționalizată, standardizată a unei interacții, care îi face pe partenerii la interacție în stare să formuleze așteptări cu privire la comportamentul unuia față de altul, ceea ce, în general, se va împlini."

Un rol nu este identic cu comportamentul actual. Un rol conține întotdeauna o așteptare; el are un element normativ; el face parte din ceva. Pentru noi, una din fațetele problematicii rolului este importantă în mod special: conflictul de rol. Zuithoff[48] face o deosebire între conflictul psihic și cel social de rol. El numește conflictul psihic de rol un conflict intrapersonal, care se manifestă dacă cineva, pe fundalul proceselor și deliberărilor intime,

Scanned with OKEN Scanner

se află în nesiguranță cu privire la activitatea lui conform rolului. El vorbește de un conflict social de rol atunci când activitatea conform rolului a cuiva nu este în acord cu așteptările altuia pentru acel rol.

Van Doorn și Lammers fac deosebire între conflictul intern și cel extern de rol. Un conflict extern de rol apare atunci când pentru o aceeași persoană rolurile sunt dificil de combinat. Aceasta se poate întâmpla cu un medic de vapor care cere schimbarea cursului vasului pentru tratamentul unui pacient. Un conflict intern de rol este prezent atunci când există un conflict între rolurile dintr-o combinație. Un exemplu de acest fel este conflictul de rol care apare la un șef care este „înghesuit" între așteptările muncitorilor săi și cele ale superiorilor săi.

Conflictele de rol pot fi soluționate în diferite feluri. Van Doorn și Lammers numesc următoarele posibilități:

a Omul poate ține rolurile conflictuale separat și proceda astfel încât să nu se facă nici o legătură între ele.

b Omul poate ajunge la un compromis prin a juca un dublu rol.

c Omul poate da prioritate la unul din cele două roluri. Goode adaugă acestor posibilități încă altele două: **a** cineva poate extinde o singută relație dintre roluri astfel încât să poată s-o folosească drept scuză pentru neîndeplinirea datoriilor unuia din roluri, și **b** cineva se poate opune relației rolurilor prin apărare.

Oldendorff[49] arată în această privință că rolurile conflictuale pot duce la tulburări psihice. Dată fiind integralitatea corpului cu spiritul, nu este surprinzător că există o legătură sigură între conflictele de rol și bolile corporale, fizice. Este deci important pentru noi să învățăm să recunoaștem eventualele conflicte de rol existente și semnificația lor pentru pacient. Prin intermediul acestei noțiuni este cu mult mai posibilă achiziționarea de cunoștințe mai ample despre relația dintre a fi bolnav și factorii sociali. (Conform: J. C. van Es, *Pacienții problemă*, Assen, 1967).

NOTA 4. MĂSURAREA STRESULUI

Prin intermediul metodei chestionarului, Dirken[50] a inventariat un mare număr de suferințe și semne de boală care se datoresc stresului. El a găsit un grup de douăzeci și una de suferințe între care a fost pusă în evidență o relație puternică printr-o analiză cluster (de grupare factorială). Acestea au fost: (epi)gastrită stomacală; senzație insuportabilă în stomac; supărări stomacale vagi; durere în epigastru; diminuare a poftei de mâncare, gust rău; pierderea poftei de mâncare, somnolență; oboseală la trezire; membre amorțite, înțepenite; durere lombară; durere în picioare, mușchi, palpitații; durere în regiunea inimii; oboseală persistentă; senzație de oboseală; disconfort în regiunea burții; apăsare pe piept; insuficiență respiratorie; amețeală; durere de cap. Dirken a considerat că aceste suferințe nu sunt cu totul în afara stresului și deci ele apar mai ales într-o situație de stres. El a găsit și alte grupări

Scanned with OKEN Scanner

(clusters), mai mici (deci suferințe care demonstrau a fi foarte sigur corelate), și anume: înțepături la nas; uscăciunea mucoasei nazale; nas înfundat; usturime în gât; amorțeală, nervozitate, excitabilitate ușoară; durere în jurul ochilor, înțepături la ochi, tremurături ale mâinilor, extremități reci.

NOTA 5. SITUAȚIA DE MUNCĂ

Medicul de familie vine în contact cu pacienți care părăsesc câmpul muncii intrând în concediu medical. Pentru o parte a cazurilor este vorba sigur de un motiv medical: dacă pacientul zace la pat sau suferă de un handicap fizic, el nu-și mai poate efectua munca. Dintr-o cercetare a lui Philipsen[51] rezultă însă că rolul de pacient este acceptat, dar numai într-o mică parte a cazurilor este evidentă o *necesitate* medicală obiectivă. Deși s-au cercetat mult cauzele absenteismului de la locul de muncă, mai sunt încă întrebări deschise.[52] Incapacitatea temporară de muncă nu duce prea des la una definitivă astfel încât salariatul să intre în pensie de boală. Bolile cronice și invaliditatea sunt în general cuprinse aici, dar nu întotdeauna. Cel mai adesea, omul devine bolnav în urma unui proces îndelungat..

a *Faza de dezarmonizare*: omul trăiește o disproporționare dintre cerințele formulate de organizația de muncă, activitățile individuale pentru a le satisface, necesitățile subiective și șansele de a se elibera de constrângerile respective.

b *Faza de reducere a alternativelor*: omul trăiește din ce în ce mai puternic faptul că șansele în și în afara organizației devin mai mici, ceea ce vrea să spună că el vede din ce în ce mai puține posibilități de rezolvare a problemelor.

c *O creștere a dezgustului pentru situația de muncă lipsită de alternativă*: pe măsură ce posibilitățile alternative tind spre zero, dezgustul, nemulțumirea cresc fără ca omul să mai știe cum s-ar putea evada.

d *Faza de cumulare*: tot felul de întâmplări negative se acumulează în și în afara situației de muncă ceea ce duce la un comportament disfuncțional. Apar boli, omul are acces la rolul de pacient.

e *Faza incapacității de muncă definitive*: Boala este recunoscută medical și social; omul poate fi scutit sau pensionat medical.

Procesul descris mai sus este deci cel pe parcursul căruia pacientul stă sub stres. Există libertatea de a decide singur asupra situației de muncă, dar aceasta este foarte mică. Factorii externi sunt adesea, tocmai în cadrul situației de muncă, determinați într-o măsură importantă de gravitatea stresului. Câteodată mai sunt alte soluții, dar de cele mai multe ori ele nu sunt trăite ca fiind alternative adevărate: o funcție mai joasă înseamnă un venit mai scăzut; nu se mai poate lucra mult, deci se va câștiga mai puțin; și adesea acestea sunt însoțite de o schimbare a locuinței. Astfel de probleme apar la toate nivelele, de la director la cel ce face curat, deși capacitatea de decizie este mai mare la cei cu educație ridicată. La aceștia din urmă există mai multe posibilități de a face loc schimbării. Se întâmplă de asemenea că

Scanned with OKEN Scanner

patronii să folosească starea de sănătate ca pe o posibilitate de a face zgomot pe seama afluenței de personal!

Pe lângă nivelul educației, vârsta joacă de asemenea un rol important în libertatea de a decide. Aceasta este determinantă pentru capacitatea de transformare. Solicitanții mai vârstnici au foarte reduse șanse de a primi slujba solicitată. Ei și-au pierdut o parte din rezistența la schimbările din societate și deci, în cazul lor, stresul este adesea cel mai puternic.

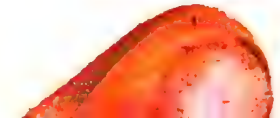
Grosveld dă o altă schematizare a procesului de mai sus, așa cum reiese din tabelul 5–1. Atât timp cât există un echilibru între cererile organizației de muncă și cele ale individului, există o stare de mulțumire, satisfacere reciprocă a patronului și salariatului. Acest echilibru poate fi tulburat în fiecare din cele patru segmente ale tabelului 5–1. Cerințele se pot schimba

Tabelul 5–1

organizația de muncă		cerințe		satisfacere
individ		pregătire		nevoi subiective
echilibru	=	funcționare satisfăcătoare	+	satisfacere

astfel încât individul să nu mai dispună de capacitatea de adaptare, ceea ce poate duce la apariția stresului. Acesta poate fi cazul, de exemplu, cu o promovare la care cineva nu face față. Stresul mai poate apărea din cauza unei insatisfăcătoare prestări, cum ar fi relații de necolaborare. De asemenea mai poate fi vorba de un nivel nesatisfăcător al pregătirii, ca în cazul salariaților vârstnici. Nevoile subiective se pot schimba de asemenea; omul poate de pildă considera că are dreptul la un salariu mai mare, la a i se încredința responsabilități mai mari, la alte condiții de muncă etc. Atunci când, după ce intervin schimbări la nivelul întreprinderii sau al individului, nu se reechilibrează raporturile, este de așteptat instalarea unei faze de dezarmonie. Dacă nu se poate scăpa din această situație, ca replasarea sau acceptarea unei alte funcții, apare riscul, mai mare, de apariție a suferințelor, ceea ce atrage după sine tulburări în starea de sănătate. Pe baza descrierilor date mai sus, este deci posibilă apariția de tulburări funcționale și boli corporale. Prin intermediul interacțiunii sociale, adică al mecanismului de a rămâne în concediu medical (sub legislația de boală și deci în tratament medical), poate apărea chiar și o fixare somatică.

Este deci sigur că una din cele mai importante sarcini ale medicului de familie este aceea de a se contrapune fixării somatice. Despre aceasta se va mai discuta în capitolele următoare.



Scanned with OKEN Scanner

NOTA 6. PREDISPOZIȚIA LA ACCIDENTARE

Mărirea riscului de a fi antrenat într-un accident este legată de o serie de aspecte. Acestea sunt în general văzute ca posibil de a apărea la cei ce se află într-o situație de stres. Riscul ridicat la accidente poate fi explicat prin diminuarea capacității de apărare. Mai este însă posibil ca să existe o dorință inconștientă de a scăpa, printr-un accident, de situația stresantă.

NOTA 7. MĂSURAREA EVENIMENTELOR STRESANTE

Deși apariția sau neapariția stresului depinde în primul rând de interpretare, deci de semnificația ce se acordă evenimentelor, este totuși util să se acorde atenție *măsurării* evenimentelor stresante.

Se pare că unele evenimente duc în mod deosebit la instalarea stresului. Holmes și Rahe[53] au elaborat, pe baza unei cercetări anume, o scală de 43 de evenimente. Cele mai „negre" dintre evenimente au fost numite de el LCU (life change units – fapte de schimbarea a vieții). Pe această scală, evenimente ca moartea soțului, pedeapsa cu închisoarea, desfacerea căsătoriei, pensionarea ocupă un loc principal.

A reieșit, de exemplu, că înaintea producerii unui infarct de cord, apăruse unul din evenimentele evaluate ca fiind LCU. Aceste evenimente posedă valori certe de producere a manifestării bolilor și suferințelor. Ele pot constitui, cel puțin, elemente de stabilire precisă a grupelor de risc.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Medawar, P., *Două concepții ale științei. Arta solvabilului*, Londra, 1967
2 McGrath, J. E. (ed.), *Factorii sociali și psihologici în stres*, New York, 1970
3 Lazarus, R.S., „Conceptul de stres și boală", *Societate, stres și boală*, vol.1, New York-Toronto, 1971.
4 Selye, H., „Evaluarea conceptului de stres; stres și boala cardiovasculară", *Society, stres and disease*, vol.1, New York-Toronto, 1971.
5 McGrath, ibid.
6 Dirken, J. M. *Măsurarea stresului în situații individuale*, Dizertație, Amssterda, 1967.
7 Citat de Eijk. J. Th. M. van, *Evenimente de viață și boala*, Dizertație, Nijmegen, 1979.
8 Kleber, R., *Despre noțiunea de stres, un studiu documentar*, Raport intern al grupului de cercetare, Nijmegen, 1977.
9 Gersten, J. C., T. S. Langner și col., „O evaluare a rolului etiologic al evenimentelor stresante de schimbare a vieții în tulburările psihologice", *J. Health and Social Behaviour*, 1977, 18, 228.
10 Aakster, C.W. „O încercare de diagnostic psihosocial", *Medicul de familie și știința*, 1971, 14, 296
11 Es, J. C. van, *Pacienți-problemă*, Assen, 1967.
12 „Societate, stres și boală", în WHO-*Chronicle*, 1971, 25, 168.
13 Es, J. C. van, „Sănătatea începe acasă la tine", *Metamedica*, 1973, 52, 405.
14 Citat de Mechanic, D., *Sociologie medicală, o vedere selectivă (Medical sociology, a selective view)*, New York, 1968.
15 Lazarus, R.S., „Teoria stresului și cercetarea psiho-fizică", în Levi, L., *Stresul emoțional (Emotional stres)*, 1967.
16 Brosschot, J. F., *Stres, control perceput și răspuns imunitar în om*, Dizertație, Utrecht, 1991.
17 Eijk, J. Th. M. van, *op. cit.*, 1979
18 Huygen, F. J. A., „Medicina familiei", *Anuarul medical 1978*, Utrecht, 1978.
19 Biblia de la Ioan 9:1 și 2.
20 Huch, R., *Romantismul*, Tübingen, 1951
21 Dijk, P. van, *Modalități de vindecare în Olanda. Compediu al metodelor universitare noi de vindecare*, Deventer, 1977.
22 Verbrugh, H., *Medicina antropozofică între alternativă și regulă*, Studium Generale la Universitarea Erasmus, Rotterdam, 1978–1979
23 Reise, W., *Concepțiile asupra bolii, istoria, versiunea și natura ei*, New York, 1955.
24 Kilian, H., „Teoria critică a medicinii", *Das Argument, Zeitschrift für Philosophie und Sozial wissenschaft*, 1972, 60.
25 Jores, A., *Omul și boala lui*, Utrecht, 1961.
26 Sigerist, H. E., *Civilizație și boală*, Chicago, 1943.
27 Regelson, W., „Slăbirea tradiției Osleriene", *JAMA*, 1978, 239, 317.

Scanned with OKEN Scanner

28 Pirsig, R.M., *Zen și arta menținerii ciclului motorului. O investigare a valorilor*, 1974.

29 Parsons, T. *Sistemul social*, Glencoe, 1959, 111.

30 Gordon, R., *Teoria rolului și bolii, o perspectivă sociologică*, New Haven, Conn., 1966.

31 Pflanz M. Și J. Rohde, „Boală, comportament deviant sau conformitate", *Social Science and Med.*, 1970, 4, 645.

32 Prin instituție socială se înțeleg, conform registrului de listare a termenilor *Viața socială pe toate fațetele ei* (Groenman, Sj., Assen, 1958), diferite lucruri:
a) Totalul atitudinilor, comportamentelor, proceselor și relațiilor sociale, ca și elementele de cultură care se constituie în jurul valorilor esențiale umane, într-un model stabil; astfel sunt familia, biserica, comunitatea și instituțiile de stat care nu trebuie confundate cu o familie, un stat, care sunt colectivități. Instituțiile formează în acest sens coloana principală a unei culturi.
b) Un relativ puternic consolidat model al formelor de comportament și al așteptărilor potrivite cu acestea de rol, prin care sunt asigurate durabilitatea și stabilitatea: de exemplu, codul nescris, dar cunoscut al comportamentului corpului ofițeresc; în acest sens, instituțiile formează împreună un sistem al controlului social într-o formă de conviețuire.
c) Greșit: o organizație cum ar fi un sindicat, un club sportiv.

33 Doorn, J. A. A. van și C. J. Lammers, *Sociologia modernă*, Utrecht-Antwerpen, 1959.

34 „Controlul social" este unul din conceptele cele mai des și liber folosite, care, conform lucrării *Viața socială pe toate fațetele ei*, poate avea numai două semnificații. O definiție mai largă a noțiunii este „totalitatea factorilor dintr-o unitate socială care determină echilibrarea stărilor apărute sau reapărute" sau altfel spus, „totalitatea mecanismelor de reglementare dintr-o conviețuire". O definiție mai strictă este ca urmare de formulat ca fiind „totalitatea proceselor prin intermediul cărora indivizii sunt învățați și obișnuiți să se conformeze gradului de cultură din mediul lor".

35 Zola, I. K. *Puterea medicală, influența serviciilor medicale asupra societății*, Mepel, 1973.

36 Philipsen, H., *Absența datorită bolii*, Dizertație, Leiden, 1968.

37 Doorn, J. A. A. van și C. J. Lammers, *op. cit.*, 1954.

38 Huizinga, J. *Homo ludens, probă de determinare a elementului de joc în cultură*, Haarlem, 1940 (trad. în românește).

39 Nadel, S. F., *Teoria structurii sociale*, Londra, 1957

40 Leent, J. A. A. van, *Psihologia socială în trei dimensiuni*, Utrecht-Antwerpen, 1961.

41 Dahrendorf, R., *Homo sociologicus*, Köln-Opladen, 1961.

42 Linton, R. *Studiul omului*, New York, 1936 (trad. în românește).

Scanned with OKEN Scanner

43 Freedman, R. și A. N. Hawley, ed., *Principii ale sociologiei*, New York, 1952.
44 Mead, G. H., *Minte, sine și societate*, Chicago, 1946.
45 Ponsioen, J.A., *Simbolistica în formele de conviețuire*, Utrecht, 1952.
46 Berger, L., *Invitație la sociologie: o perspectivă umanistă*, New York, 1963.
47 Hooning, Th. S. J., „Noțiunea de rol în sociologie", *Omul și societatea*, 1957, 32, 270.
48 Zuithoff, D., *O cunoaștere a terenului în folosul psihiatriei sociale*, Arnhem, 1963.
49 Oldendorff, A., *Psihologia vieții sociale*, Utrecht, 1955.
50 Dirken, J.M., *Măsurarea stresului în situații industriale*, Amsterdam, 1967.
51 Philipsen, ibid.
52 Grosveld, J. A. M., *Incapacitatea de muncă în Olanda*, publicația 9 a grupului de lucru pentru stres, Nijmegen, 1978.
53 Holmes, T. H. și R. H. Rahe, „Scala de reajustare socială", *J. Psychosomat. Res.*, 1967, 11, 213.

Scanned with OKEN Scanner

6 Relația dintre pacient și medicul de familie

Ajutorul pe care medicul de familie îl oferă pacientului este determinat într-o măsură importantă de relația dintre ei și de interacțiunea care rezultă din această relație.

Aceasta are în vedere diverse domenii, exemplu datele confidențiale cuprinse în anamneză care pot fi încredințate medicului dacă relația lui cu pacientul este bună și dacă ambele părți se ascultă reciproc, așa încât un sfat este urmat întocmai, iar mărirea șansei de obținere a unor rezultate palpabile constă în a avea o relație de încredere reciprocă. Un pacient îndrăznește să-și expună problemele sale numai dacă are încredere în medicul de familie. Un medic de familie poate, prin felul său de a fi, să stimulaze sau să inhibe un pacient.

Relația este determinată de comportamentul de rol și de comportamentul personal. Comportamentul de rol, dezvoltat în cadrul comunității, urmează modele mai mult sau mai puțin fixe, pe care se poate baza expectația reciprocă. Comportamentul personal este manifestat de medic și pacient conform naturii fiecăruia dintre ei.

Acordarea ajutorului poate fi de calitate numai dacă există o evaluare de ambele părți. Esențial în acest sens este respectul pe care medicul de familie îl are pentru pacientul său. Relația dintre un pacient și un medic de familie este, în ultimă instanță, un fapt unic.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Medicina a acordat întotdeauna atenție manifestării relației dintre pacient și medic. Lucrul acesta este foarte important: medicina este o profesie a acordării de ajutor în care dependența pacientului de cel ce oferă ajutorul este adesea extrem de mare. Aceasta aduce cu sine de exemplu necesitatea ca regulile de comportament să fie stabilite astfel ca cel mai slab din relație să știe la ce se poate aștepta. Astfel a apărut codul comportamentului medical (deontologia), care, secole de-a rândul, s-a fundamentat pe jurământul lui Hippocrate (vezi nota 1).

Medicii și alții sunt încă preocupați să conceapă, în prelungirea acestuia, granițele medicinii: care este „abordarea permisibilă", ce este bine și ce este rău? Este vorba, de pildă, de întrebări care se ridică asupra permisibilității anumitor tratamente (operații) sau asupra cercetărilor științifice (cercetarea dublu-oarbă a mijloacelor de vindecare, medicamente), întrebări care se ridică asupra intervenției în natură (intervențiile genetice, avortul), sau asupra conflictului dintre ceea ce este mai important (de ex., un individ sau grupul din care face parte). Asupra acestora și asupra multor altor întrebări medico-etice s-au scris zeci de cărți[1]. Relația dintre pacient și medic ocupă un loc central în aceste publicații. Este vorba mereu de căutarea acelor elemente stabile din conduita medicilor pentru a fundamenta activitățile și responsabilitatea care decurg din aceasta. De astfel de probleme sunt preocupați atât medicii cât și specialiștii în etică.

Relația medic–pacient este tot mai mult în atenția psihologilor. Ei se preocupă de relația dintre fiecare medic și pacient, de blocajele care pot apărea și de posibilitatea de a realiza contactul cât mai bine în vederea atingerii scopului acestuia. Și clinicienii sunt interesați în această direcție. Se pare că relația este codeterminantă în privința informațiilor pe care le furnizează pacientul, pentru cât de cooperativ este pacientul pe parcursul investigațiilor și pentru încrederea pacientului în terapie. În sfârșit, sociologii sunt și ei interesați în această relație pentru că aceasta formează un prototip al relației sociale mai generale de acordare a ajutorului, care se manifestă într-un anumit comportament de rol.

Ceea ce se va afirma în acest capitol despre relația dintre medic și pacient este valabil atât pentru medicul de familie cât și pentru specialist. Sunt totuși unele rațiuni pentru care acest subiect este în mod deosebit important pentru medicul de familie.

a Medicul de familie vine în contact cu pacientul său în mod repetat. El trebuie să construiască contactele pe experiențele trecute. Acestea sunt parțial rezultatul unei relații trăite de către medic și diverși pacienți (medicina cursului vieții).

b Medicul de familie trebuie ca, împreună cu pacientul, să vadă care este în realitate conținutul ajutorului solicitat. Aceasta necesită o astfel de relație încât să permită o discuție deschisă asupra tuturor aspectelor.

c Medicul de familie trebuie să depisteze încontinuu interacțiunea dintre aspectele fizice, spirituale și sociale. Aceasta se poate petrece numai în cadrul unei relații bune și de încredere.

Scanned with OKEN Scanner

d Medicul de familie nu dispune de metodele și mijloacele tehnologice de care dispune, de exemplu, un specialist care poate pătrunde în interiorul organismului. De aceea, anamneza și convorbirea detaliată ocupă un loc foarte important în diagnosticare și tratament.

e Medicul de familie trebuie să implice în acordarea ajutorului interacțiunile din familie și alte interacțiuni umane. Aceasta cere de asemenea o bună relație medic–pacient.

AȘTEPTĂRILE PACIENTULUI

Calitatea muncii medicului de familie poate fi determinată cu ajutorul diferitelor măsuri de confirmare. Una dintre acestea este măsura în care medicul de familie corespunde așteptărilor pacientului.

Din diferite cercetări reiese că de la medicul de familie se aștepta ca[2]:

a să fie un medic competent din punct de vedere medico-tehnic;

b să fie în stare să stabilească o bună relație interumană cu pacientul.

În acest sens în tabelul 6–1 vor fi date rezultatele unei cercetări a lui Mechanic[3] din care rezultă clar cele două aspecte ale așteptării pe care pacientul o are în privința medicilor. Reader și col.[4] au găsit rezultate asemănătoare. Din cercetarea lui Mechanic rezultă de asemenea că pacienții nu își aleg medicul în primul rând pe baza caracteristicilor lui ca profesionist. Iar, dacă pacienții își schimbă medicii, aceasta este pentru că, în majoritatea cazurilor (72%), „doctorul nu a reușit să facă ceea ce părea indicat".

Tabelul 6–1
Caracteristici ale unui medic bun, așa cum au fost văzuți de 350 de mame din Madison [Din Mechanic, D., *Medical sociology, a selective view (Sociologie medicală, o privire selectivă)*, New York, 1968.]

	% din respondente
este competent, ca profesionist	45
are interes personal pentru pacient	41
se comportă prietenos, cu simpatie, atenție,	
se implică în problemele pacientului	37
este accesibil pentru vizitele la domiciliu	21
spune adevărul (chiar dacă nu prea îl știe)	19
acordă suficient timp pacienților	17
este de încredere, accesibil, grijuliu	16
este disponibil ori de câte ori ai nevoie de el	15
explică de o manieră de înțeles	14
ascultă ceea ce pacientul are de spus	12

Scanned with OKEN Scanner

Semnificația relației interumane, care se manifestă între altele în buna îngrijire a pacientului, reiese și din plângerile înaintate colegiului disciplinar. În 1977[5] au fost analizate 296 de plângeri, din care 73% s-au referit la faptul că s-a răspuns prea târziu la solicitare, îngrijirea a fost nesatisfăcătoare, o tratare neetică și altele asemenea. În 27% din cazuri, o plângere a fost înaintată datorită unui tratament nepotrivit sau a lipsei sau prea târziei trimiteri la specialist (în 16% din cazuri s-au luat măsuri disciplinare împotriva medicului).

Ce conține o bună relație interumană? Van Loon și Schmidt[6] au efectuat o cercetare asupra semnificațiilor pentru pacienți a felului de funcționare a medicilor. Din aceasta ei au extras aspectele medico-tehnice. A reieșit că, în general, trei factori au ocupat un loc central:

a măsura în care este pregătit să procure informație pacientului;
b pregătirea pe care o are pentru a aborda probleme psihologice;
c măsura în care este accesibil pacienților.

Ross Woolley și col. [7] au efectuat o cercetare asupra aprecierii făcute de pacienți. Concluzia a fost că cel mai important efect l-a avut asistența plină de grijă, mai mult chiar decât rezultatul bun al tratamentului.

SEMNIFICAȚIA RELAȚIEI MEDIC–PACIENT PENTRU CALITATEA AJUTORULUI

Din variate cercetări a rezultat că o bună relație medic–pacient nu contribuie numai la o satisfacție a pacientului, dar ea influențează chiar și calitatea ajutorului, asistenței, tratamentului.

Din punctul de vedere al diagnosticului

Anamneza este de o importanță covârșitoare pentru formularea unei diagnoze. Diagnosticul poate fi stabilit în 70% din cazuri numai pe baza acesteia. Este de la sine înțeles că anamneza livrează date cu atât mai cuprinzătoare și de încredere cu cât există o bună relație între medic și pacient. Pacientul poate astfel să vorbească mai liber, este gata să dezvăluie mai multe despre sine. Mai ales în cazul unui diagnostic integral, informația cuprinzătoare și dată conștient este indispensabilă. Aceasta are efect, printre altele, asupra terapiei. Dacă la apariția unui ulcer duodenal tensiunile au o contribuție importantă, atunci ele vor interveni influențând alegerea tratamentului.

Din punct de vedere terapeutic

O bună relație încurajează pacientul să urmeze întocmai indicațiile și tratamentul date de medic. Aceasta este concluzia reieșită din multe cercetări asupra încrederii în terapie.

Dintr-o cercetare a lui Davis[8] reiese că pacientul este înclinat să urmeze sfatul medicului mai curând dacă medicul nu este numai competent profesional, dar este prietenos cu privire la comportamentul pacientului. De

Scanned with OKEN Scanner

asemenea Francis[9] a stabilit că mamele urmează sfaturile pentru copiii lor funcție de cât de „grijuliu" a fost medicul.

Mai importantă chiar este cercetarea efectuată de Caterinicchio[10] care a tras concluzia că pe baza ei pentru urmarea unui „regim" este necesară o creștere, pe parcursul tratamentului, a încrederii minime existente deja. Experiența favorabilă acumulată în colaborarea cu medicul este de o importanță foarte mare în apariția încrederii. Atunci pacientul va avea timpul, banii și va fi gata să urmeze sfatul medicului.

Din cercetarea lui Stewart și col. [11] rezultă că relația medic–pacient în cazul pacienților cronici influențează pozitiv cursul tratamentului dacă medicul știe mai multe despre problemele pacientului. Medicul satisface această cerință mai ales dacă nu există prea multe probleme deodată și dacă pe durata tratamentului există contacte frecvente.

Rakel[12] a oferit o concepție cuprinzătoare asupra factorilor care determină încrederea în terapie a pacientului. Importanța pentru terapie a unei bune relații merge însă mult mai departe. Tratamentul constă parțial în medicalizare,

Tabelul 6–2
Factori care determină încrederea în terapie (după Rakel)

pozitiv	*negativ*
1 o bună relație medic–pacient	1 neîncredere în medic
2 pacientul are cunoștință asupra naturii problemei	2 întreruperea comunicării dintre medic și pacient
3 pacientul este conștient de măsura gravității bolii	3 pacientul nu este conștient de măsura gravității bolii
4 pacientul a mai avut experiență cu această boală	4 pacientul are prea puțin interes pentru sănătatea lui
5 exercitare pozitivă a medicului la rând (ora neprogramabilă)	5 pacientul a trebuit să aștepte mult
6 regim terapeutic simplu („o tabletă pe zi")	6 regim terapeutic complicat
7 instrucțiuni precise și scurte	7 instrucțiuni neadecvate
8 introducerea de schimbări temporare în stilul de viață	8 aspecte subsidiare neplăcute, mai ales dacă sunt neașteptate
9 model realist de expectanță cu privire la rezultatele care sunt de așteptat de la tratament	9 personalitate dușmănoasă, agresivă sau mulțumită de sine
10 atenție, îngrijire satisfăcătoare a părinților pentru bolile copiilor	10 tratament de lungă durată
11 suport acordat de către familie	11 familie instabilă, dizarmonică
12 continua implicare a medicului în abordarea pacientului	12 izolarea socială a pacientului

Scanned with OKEN Scanner

avize și altele asemenea. Pentru pacienții cu multe probleme este foarte important ca această terapie să includă și ajutorul pentru a face față acestor probleme. Pentru a putea vorbi despre aceste probleme este necesară o relație intensivă. Din tabelul 6–2 reiese că atât medicul cât și pacientul influențează încrederea în terapie. Dar medicul poate contribui mai mult la aceasta prin ținerea la curent a pacientului cu situația în care se află, prin încurajarea unei imagini realiste asupra bolii de care acesta suferă și prin exploatarea pozitivă a posibilităților de care dispune pacientul. Acestea cer însă stabilirea unei relații de calitate, care nu presupune numai o mărire a îndatoririlor de muncă ale medicului, dar și interesul pentru calitatea ajutorului acordat, și mai înseamnă că atât competența medicală cât și relația medic–pacient sunt părți componente ale relației funcționale (vezi nota 2 pentru această noțiune).

RELAȚIA MEDIC–PACIENT – COMPORTAMENT DE ROL

Mulți autori au descris relația medicului cu pacientul în termeni de comportament de rol. Conform lui Parsons, se pot distinge[13] două abordări de acest fel în conformitate cu perspectiva sociologică a autorilor respectivi.

a Teorii în care comportamentul social este explicat în cadrul unui model armonic: există un consens de principiu asupra structurilor și conținutului social. Rolurile sociale de respins sunt o manifestare a acestui model.

b Teorii care utilizează un model conflictual: un conflict este deci, după Dahrendorf[14], „orice relație de elemente care se pot recunoaște prin contradicția dintre obiectiv (latent) sau subiectiv (manifest)".

Ad **a)** Cel mai cunoscut autor care a descris rolul social al pacientului și al medicului este Parsons[15]:

Pacientul:

– este neputincios ca bolnav, are deci nevoie de ajutor;

– nu este responsabil de situația în care se află;

– nu este în stare să se ajute singur.

Medicul:

– posedă competență tehnică la nivel înalt; el are acces la surse de cunoaștere care pentru alții sunt inaccesibile;

– este emoțional neutru; medicul trebuie să fie cât mai obiectiv cu putință în diagnosticare, terapie și evaluarea situației; o consecință a acestui fapt este nerefuzarea pacientului care solicită ajutorul;

– medicul este „orientat către colectivitate", ceea ce vrea să spună că nu părerile personale contează în mod primar; profesia pe care o exercită constă în a ajuta; aceasta se poate asocia – după King[16] – cu un venit ridicat, dar avantajele care decurg din aceasta nu stau pe primul loc;

– medicul are acces la aspectele mai neobișnuite ale corpului și vieții pacienților săi.

După Parsons, în măsura în care medicul îndeplinește aceste deziderate, el își poate atinge scopurile sale. Există însă întrebarea dacă acestea corespund

Scanned with OKEN Scanner

cu ceea ce pacientul se așteaptă într-adevăr; am văzut că pacientul nu se așteaptă la o neutralitate emoțională, și puțini sunt medicii care sunt neutri în realitate. Dacă între imaginile pe care le au medicul și pacientul despre îndeplinirea reciprocă a rolurilor există o deosebire, atunci este vorba, după Wilson[17] de o „discrepanță perceptuală". Aceasta poate genera probleme care pot avea consecințe dezavantajoase atât pentru diagnosticare cât și pentru terapie.

Pacienții sunt înclinați să privească medicul ca fiind sus-pus. Ei sunt dependenți temporar de medic, la nevoie, astfel că aceștia sunt onorați! Istoria ne-a învățat că medicul a avut mereu un loc aparte în comunitate, de pildă ca medicul-rege, sau medicul-preot sau ca vraciul care, alături de șeful tribului, exercita o putere. Medicii au fost asociați cu puterea magică. Weber[18] este de părere că el posedă și o autoritate carismatică („carisma" semnifică o abilitate supranaturală, deci el este asociat cu posesia de capacități supranaturale). Mai târziu, după Weber, această carisma a fost separată de persoana medicului și legată de rolul deservit; ea a devenit un atribut al rolului. De la acest atribut, medicul a împrumutat întotdeauna un mare prestigiu, lucru care este valabil și în prezent. El poate face uz de aceasta în acordarea asistenței. O parte a efectului activității terapeutice a medicului – intervenția chirurgicală sau prescrierea de antibiotice contra infecțiilor bacteriene – este specifică; cealaltă parte este nespecifică și constă în relația lui cu pacientul. Din încrederea pacientului în capacitatea terapeutică a medicului poate decurge un efect benefic de aceea posibilă sugestia atâta timp cât ea este folosită conștient de către medic ca pe un mijloc de a atinge un scop înalt ca vindecarea.

Toate aceste elemente conduc împreună la ideea că, pentru pacient, relația lui cu medicul are un efect terapeutic important. Balint[19] exprimă această idee prin idiomul „doctorul ca medicament".

Ad b) Modelele conflictuale exprimă mai accentuat discrepanța dintre expectațiile mutuale. Merton și Barber[20] arată în acest sens că adesea medicul trebuie să ajute la caz de mare nevoie, de criză sau anxietate. O astfel de situație este determinantă pentru forma relației dintre medic și pacient. Se fac remarcate astfel următoarele caracteristici[21].

Pacientul:

a se află în dificultate,

b este puternic implicat emoțional de această dificultate,

c este nesigur în privința rezolvării și are nevoie să o cunoască.

Medicul:

– poate rezolva direct toate dificultățile,

– poate și vrea să nu facă din tensiunea emoțională în care este implicat pacientul propria sa tensiune, pentru a fi de folos,

– poate menține echilibrul între certitudinea dorită de pacient și incertitudinea presupusă de diagnostic, terapie și prognoză.

Urmarea este că la toate așteptările pacientului – justificate de nevoia lui fundamentală de certitudine – medicul de familie să nu poată corespunde,

Scanned with OKEN Scanner

prin definiție, la toate acestea. De la medicul de familie se așteaptă mai mult decât poate el. Pentru pacient, problemele lui sunt unice, pentru medic, el este unul din mulți alții. Chiar dacă el resimte îndeaproape sentimentele și emoțiile pacientului, el *nu este* totuși pacientul însuși. Pe deasupra, el nu este în stare să ajute pacientul dacă se confundă prea mult cu acesta.

Există deci o deosebire între expectațiile cu privire la medic în general și cele cu privire la medicul „meu". Medicul personal este cu deosebire apreciat pozitiv: „doctorul meu este un doctor bun". Cu privire la colectivitatea medicilor în general, există o mai mare rezervă. De asemenea, există o deosebire între modelul așteptărilor cu privire la când cineva este sănătos și când este bolnav.

Fox[22] a supus observației un număr de contacte dintre medic și pacient în situații de stres și incertitudine. El a ajuns la concluzia că medicul trebuie să păstreze un echilibru flexibil între „detașare" și „implicare". Prima este necesară pentru a ajunge la o bună evaluare critică a situației în care se află pacientul, a doua, pentru a oferi „îngrijire cu compasiune".

NEPOTRIVIREA ÎN RELAȚIA DINTRE MEDIC ȘI PACIENT

Dat fiind faptul că bolnavul cere mereu ajutorul, iar medicul este cel ce dă mereu ajutor, se poate vorbi de o asimetrie a relației dintre pacient și medic. În ce constă această asimetrie? Este aceasta acceptabilă? Vom încerca să ajungem la o idee asupra acestor aspecte cu ajutorul câtorva concepte: prestigiu, autoritate, putere, emancipare.

Prestigiul

Stellwag[23] arată în acest sens că termenul „prestigiu" este în relație etimologică cu „a spune", „spus". „A spune" stă în relație cu „a auzi" în sensul de „a se face auzit", „audibil". Este vorba de o corelare liber consimțită. Cuvântul „prestigiu" compactează trei aspecte: putere în sens de autoritate, prestigiul competenței, putere în sensul responsabilității (de ex., prestigiul vârstei) și putere în sensul priceperii. Toate aceste trei aspecte pot fi de remarcat în relația dintre medic și pacient.

Medicul își poate prelua prestigiul de la autoritatea cu care este învestit, care decurge din statusul său social și poziția lui socială care poate fi recunoscută prin simboluri specifice statusului (casă, mașină) și anumite îmbrăcăminți (haina albă). Se pare că în stratificarea pe profesii[24], medicul ocupă un loc superior, deasupra primarului unui oraș mare, a judecătorului, inginerului sau notarului. El este învestit deci cu o mare autoritate socială. Prestigiul lui decurge și din marea responsabilitate presupusă de un tratament; deseori, aceasta se manifestă asupra pacientului ca totalitate dacă el este grav bolnav.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste forme ale puterii sunt necesare pentru exercitarea profesiei. Lucrul acesta nu este la fel de valabil pentru forma de putere enunțată mai întâi de Stellwag: putere în sens de autoritate, de prestigiul competenței. Din contră, aceasta poate tulbura starea de cooperare dintre pacient și medic. Această formă presupune agresivitate sau crearea unei distanțări și este mai bine să fie eliminată.

Autoritatea medicului

La caz de stare de boală acută, prestigiul autoritar decurgând din capacitatea de expertiză este fundamental în relația dintre medic și pacient. Diagnosticul și terapia pot fi în mod rațional concepute. Când nu este posibilă stabilirea unui diagnostic – și am văzut că aceasta se întâmplă chiar des în practica medicului de familie – sau când o terapie rațională nu este posibilă, medicul de familie pierde uneori din autoritatea cu care a fost învestit. De aceea el face uz, de pildă, de prescrierea de mijloace placebo, sau tratamente de sugestie, sau hipnoză.

Ceea ce Balint[25] a numit „funcția apostolică" a medicului se încadrează tot în acest cadru. Aceasta ține de semnificația stabilită pe care medicul o dă comportamentului pe care îl poate avea un pacient; el încearcă mai întâi să facă clar ceea ce înseamnă a-fi-bolnav și ceea ce se poate aștepta într-un astfel de caz. Pacientul este adus cât mai mult cu putință la forma de comportament corespunzătoare concepției medicului. Medicul încearcă de asemenea să internalizeze cât mai mult propria lui viziune asupra faptului de a-fi-bolnav și viziunea pacientului asupra procesului bolii. În acest fel, pacientul este adus la acel comportament de rol care este în acord cu expectanța de rol a medicului, din care decurge o scădere a riscului de tulburare a comunicării sau de conflict.

Această funcție apostolică poate duce la un același model de gândire în care să se regăsească și medicul și pacientul. Acest fapt conduce la o facilitare a comunicării dintre medic și pacient și poate contribui la o obiectivare a suferințelor. Există însă și mari dezavantaje legate de această situație. Pacientul poate fi confuz asupra propriilor suferințe prin adaptarea la cadrul de gândire al medicului. Deci el poate confunda ceea ce este real cu ceea ce ar fi posibil. Iar medicul poate fi direcționat greșit dacă vrea să încadreze un pacient într-o anumită schemă. Aceasta poate avea ca urmare o inexactă stabilire a problemei; medicul ascultă la ceea ce are de spus pacientul și acesta din urmă face parte întotdeauna dintr-o pădure.

Exercitarea prestigiului pe baza capacității de expertiză este mereu legată de timp. Dacă problema este rezolvată și boala vindecată, relația dintre pacient și medic se schimbă. Dar responsabilitatea pe care și-o asumă medicul de familie nu se schimbă: chiar când nu este prezentă nici o boală, medicul știe că pacientul face parte dintr-un grup de risc, deci el îl poate con-

Scanned with OKEN Scanner

voca, la propria inițiativă, pentru o investigație; el poate lua măsuri preventive, și altele asemenea. Măsura în care acestea sunt adecvate depinde de concepțiile medicului. Unul va considera că vaccinarea contra gripei virale este suficientă, în timp ce un altul va recurge la un tratament mai complicat. Primul va lăsa responsabilitatea pentru propria sănătate mai mult pe seama pacientului, celălalt își va asuma o mai mare parte a responsabilității.

Puterea pacientului

Mai înainte s-a pus accentul pe puterea pe care medicul o exercită asupra pacientului. Nu trebuie pierdut însă din vedere că pacientul exercită la rândul său influență asupra medicului. Parțial, această influența este ineficientă, parțial, aceasta este efectivă.

a Foarte importantă este puterea pe care pacientul o posedă pentru a-l face pe medic să-și îndeplinească rolul ce decurge din profesie. Aceasta ține de faptul că medicul trebuie să fie disponibil pentru pacient. Cel ce solicită ajutorul decide, în ultimă instanță, dacă are loc un proces de acordare a ajutorului. Lucrul acesta este cu deosebire valabil în relația dintre medicul de familie și pacient, prin aceea că el lucrează în prima linie. Dintre toți medicii, medicul de familie este cel care depinde cel mai mult de această putere a pacientului. Din aceasta decurge unul din cele mai împovărătoare aspecte ale profesiei lui.

b Pacientul poate exercita putere și din punct de vedere economic. El își alege medicul, deci el determină venitul medicului. Numai foarte rar medicul poate să inverseze relația; în fapt, această decizie este în mâna pacientului.

c Este vorba și de o exercitare emoțională a puterii pacientului. Sentimentul de dependență al pacientului impresionează medicul, mai ales dacă acesta este începător. O relație întreruptă de către pacient este profund resimțită de către medic; el se întreabă unde și când nu a reușit să-și satisfacă pacientul.

Emanciparea

Este lesne de imaginat că într-o anumită epocă a dezvoltării umane valorile patriarhale mergeau mână în mână; „a face ceva pentru celălalt" era un scop nobil. Aceasta era în consens cu modelul cultural; ca atare, un astfel de scop era potrivit. Medicul știa ce este important, bine pentru celălalt. Acum centrală este democrația – semnificând posibilități egale pentru dezvoltarea optimă a personalității fiecăruia și trăirea într-o comunitate saturată de valori și răspundere – iar acordarea de ajutor a căpătat un alt accent. Importantă este acum tendința de a-l face capabil pe cel care cere ajutor să se ajute singur. El trebuie să găsească mijloacele și metodele de rezolvare a problemelor personale.

Este elementar ca *emanciparea* pacientului cu privire la capacitatea lui decizională să fie recunoscută. Concepția nu este construită numai de către pacienți (mai ales cei potențiali); la formarea ei contribuie și medicii. Aceasta nu se implică prea mult în tratamentul din domeniul somatic (decizia dacă să se administreze penicilină sau un alt antibiotic cu spectru larg; decizia de a opera sau nu apendicele), ci este vorba de recunoașterea de către medic a dreptului pacientului de a decide asupra propriei vieți, modelului de viață și vieții de familie. El este obligat la recunoașterea acestui drept în baza

Scanned with OKEN Scanner

normelor, valorilor morale și sociale. Medicul are însă propria lui responsabilitate, ceea ce poate genera neacceptarea consecințelor comportamentale ale pacientului, iar acestuia din urmă să i se ceară să-și caute un alt medic de familie. Așa ceva se poate întâmpla în cazul în care medicul consideră un anumit tratament absolut necesar, iar pacientul îl refuză, mai ales dacă refuzul are consecințe și asupra altora, ca în cazul bolilor molipsitoare, sau în cazul unor cerințe pe care medicul nu vrea să le satisfacă (de exemplu, eutanasia activă).

O destrămare a relației medic–pacient nu are loc decât foarte rar, și pentru aceasta trebuie conjugate mai multe motive – ce trebuie aduse la cunoștința pacientului. Este o datorie centrală a medicului aceea de a promova o asemenea condiție a pacientului – atât fizică cât și mentală – încât acesta să poată într-adevăr să aibă libertatea de a decide.

Accentul pe propria responsabilitate – de care ține și emanciparea – poate duce la interpretarea greșită a acceptării unui model social individualist, în care ultima expresie este politica de *laissez-faire*. Responsabilitatea care are ca urmare emanciparea nu este cea care implică numai un individ. Ea ține de responsabilitatea reciprocă din colectivitate; medicul are responsabilitate pentru pacient, iar pacientul la rândul lui pentru medic și pentru cei din mediul său. Ca urmare, pacientul nu poate să formuleze nici o cerere irresponsabilă, de nesatisfăcut, inacceptabilă. Pacientul este supus unui număr de obligații de rol; el extrage din acestea răspunderea pentru solicitarea ajutorului, pentru felul în care își stânjenește familia și pentru măsura în care este lăsat singur în faza de refacere.

Accentul pe propria responsabilitate presupune recunoașterea de către medic a dreptului pacientului de a dispune de propria libertate, dar el nu trebuie să piardă din vedere că pacientul este „om în relație cu oamenii": a dispune de tine însuși presupune răpunderea pentru cei din jur.

Medicul de familie poate acționa pe terenul social prin a nu voi să motiveze absența nemotivată de la lucru. El trebuie să aibă mereu în vedere consecințele libertății unui pacient din punctul celorlalți de vedere. Libertatea reală de a decide nu este prea des exercitată de pacient. Ea poate fi blocată de boală, invaliditate, imaturitate spirituală, mentală; uneori, pacientul nu are nici o libertate de decizie.

INFLUENȚA MEDIULUI ȘI A MEDICULUI DE FAMILIE ASUPRA PACIENTULUI

Medicul de familie și pacientul nu sunt singuri în relația lor: ei sunt amândoi influențați de mediul din care fac parte și pentru care ei sunt câte un exponent. Factorii de mediu influențează asupra suportării suferințelor și comportamentul de boală, dar și relația medic–pacient. Medicul și pacientul fac parte din subculturi (vezi nota 3) care pot diferi mai mult sau mai puțin. Pacientul este determinat de normele și valorile propriei subculturi care nu pot fi întotdeauna înțelese sau evaluate de medic. Limba este un exemplu de acest fel. Modul reținut în care se manifestă frica de moarte a unui membru al bisericii

Scanned with OKEN Scanner

reformate nu poate fi lesne înțeleasă de către un medic liberal. Un medic din Haga va considera expresia tipic saxonică „nu se poate mai rău" ca inexactă dacă ea este favorabil interpretată. El nu va putea interpreta exact o stare dacă se răspunde prea des cu „da". Problema deosebirilor culturale devine extremă în acordarea ajutorului salariaților străini și familiilor acestora. Anumite norme pot fi determinate și de profesie: un fotbalist de profesie este predispus la luxație de genunchi, marinarul are alte norme ale consumului de alcool, iar o boală venerică este un accident de muncă pentru o prostituată. Medicul de familie trebuie să învețe să recunoască aceste norme; o sarcină nu ușoară, dar foarte interesantă.

Mai ales medicul de familie care s-a „socializat" intensiv (în concepția lui Balint) în problemele pacientului poate învăța mult în timp. Părerea lui trebuie să decurgă din identificarea pacientului cu mediul său (dar nu până la o confundarea cu pădurea): „el este reformat, *deci*...".

Medicul de familie olandez s-a confruntat mult în ultimii ani cu alte modele culturale ale salariaților străini; nu numai limba, dar și deosebirile de cultură constituie o barieră în calea contactului cu pacientul, ceea ce duce la tratament neadecvat sau trimiteri supraevaluate la alți profesioniști.

Medicul de familie este la rândul lui determinat de o subcultură. El aparține clasei de mijloc, deci el trebuie să țină cont de „înclinația de a judeca totul conform clasei de mijloc". Modul de îndeplinire a rolului de medic al familiei este reglementat de profesie. Normele acesteia sunt păzite de colegii de profesie atât formal cât și informal. Informal presupune expectațiile de comportament intercolegial, față de pacient și în cadrul comunității; formal presupune posibilitatea unui comportament care contravine valorilor profesiei sau este dăunător pacientului deci... atrage după sine o pedeapsă. Probleme ale „întrecerii medicale" au de-a face cu cele arătate mai sus: medicii vor să valorifice în mod colectiv calitățile lor. Un rol în aceasta fiind jucat de controlul social.

Medicii sunt, în afară de „confrați", și concurenți, iar amenințarea care decurge din aceasta necesită stabilirea unor reguli ale jocului. Un medic se poate afla într-o situație de conflict dacă, pe baza unor motive fundamentale personale, el dezvoltă un comportament diferit față de cel așteptat de colegi. Acesta a fost cazul în care anumiți medici prescriau avortul într-o perioadă când nu era acceptat. Controlul social al „fraternității interne" apare de asemenea și în cazul unor concepții deviante, nivelul onorariului sau modul de organizare a practicii. Nu este însă vorba numai de un proces subteran. Chiar în timpul educației de specialitate, dar mai ales pe durata co-asistării altui medic, începe un proces de „internalizare" (vezi nota 4) a rolului de profesie. Pentru o serie de studenți, acest proces este de la sine-înțeles; alții îl întâmpină cu teamă și i se opun. O poziție critică față de procesul de „internalizare" poate ajuta medicul să cunoască și să relativizeze mai bine rolul de profesie.

Medicul de familie nu este determinat numai de profesie: mediul cultural de proveniență, prietenii pe care îi alege și familia în care trăiește fac din el ceea ce este. Condițiile pentru o comunicare optimă sunt garantate când

Scanned with OKEN Scanner

medicul și pacientul fac parte din aceeași subcultură, dar nu este vorba de ceva absolut. Dacă cei doi nu fac parte din aceeași subcultură, atunci fiecare își propune să se adapteze subculturii celuilalt. Lucrul acesta consumă mai multă energie. Dacă medicul face efortul de a ieși din propria subcultură pentru a o cunoaște pe cea a pacientului, calitatea relației crește vizibil.

King[26] este însă de părere că cu cât este mai mare distanța socială dintre medic și pacient, cu atât este mai dificilă încrederea reciprocă, respectul și colaborarea. Funcție de distanța mai mare, nu se mai poate vorbi de „medic" și „pacient", ci de o poziție de clasă. Din acest punct de vedere, șarlatanul, osteopatul sau doctorul chinez sunt în avantaj, distanța socială față de masa pacienților fiind mai mică.

INFLUENȚA NATURII ȘI GRAVITĂȚII BOLII ASUPRA RELAȚIEI DINTRE MEDICUL DE FAMILIE ȘI PACIENT

Există o influență directă a naturii și gravității bolii asupra relației dintre pacient și medicul de familie. Lucru acesta este lesne de înțeles: expectațiile cuiva grav bolnav sunt altele decât ale cuiva cu luxație de gleznă.

Szasz și Hollender[27] au făcut, în acest cadru, deosebirea dintre trei tipuri de relații.

a *Activitate–pasivitate.* Medicul este activ, iar pacientul pasiv, deși receptiv cu privire la tratament. Pacientul este mai mult sau mai puțin lipsit de putere, iar medicul îi *face* ceva. O astfel de situație apare în cazurile de urgență (răniri grave, pierdere masivă de sânge sau comă). Tratamentul are loc fără colaborarea pacientului, uneori fără ca acesta să știe. Relația medic–pacient este asemănătoare celei dintre mamă și sugar.

b *Ghidare–cooperare.* Această relație apare când împrejurările sunt mai puțin extreme ca în categoria de mai sus. Ea se instalează adesea la bolile acute, mai ales cele infecțioase. Cât timp este bolnav, pacientul este în situația de a urma sfaturile și de a-și face propriile opinii. De așteptat este ca pacientul să asculte de medic. Pacientul spune în fapt: „Tu știi cel mai bine ce este bine pentru mine; de aceea am venit la tine. Spune-mi ce trebuie să fac". Szasz și Hollander compară această relație cu cea dintre părinți și copii.

Lederer[28] descrie pacientul care a acceptat o dată că a devenit–bolnav ca pe cineva care se află cu certitudine în regresie. El consideră caracteristic acesteia egocentricitatea, îngustarea interesului, dependența emoțională și ipohondria. Acest comportament este considerat acceptabil; el este parte a rolului de comportament. Există o certă funcționalitate în această regresie (conform lui Weserman Holstijn, regresia este temporară și posedă o anumită eficiență în circumstanțele date)[29]. Von Uexküll și col. [30] a cercetat, în condiții experimentale și naturale, comportamentul pacienților cu febră și al celor cu grețuri. Ei au ajuns la concluzia că pacienții febrili sunt preocupați de garantarea liniștei, dar toate funcțiile mentale sunt folosite. Ei pot gândi logic, dar procesul de gândire este mai lent. Pentru a economisi energia nece-

Scanned with OKEN Scanner

sară refacerii, spiritul funcționează la nivel scăzut. La pacienții cu grețuri (și vome) apare o indiferență față de cei din jur; prin aceasta evită emoțiile. Stomacul este astfel mai puțin excitat (emoțiile influențează sensibilitatea stomacului), ceea ce este bine pentru învingerea greții. Unii sunt de părere că acceptarea acestei „indiferențe" grăbește vindecarea. Pentru a avea liniște, omul se încredințează în seama cuiva, ceea ce reduce emoțiile. Dar nu fiecare pacient este în stare să accepte rolul de dependent. Cei ce sunt deja independenți prin faptul că sunt maturi acceptă adesea mai repede dependența temporară decât cei care sunt deja într-o situație de dependență. Se poate vorbi aici de ceea ce – în termenii lui Müller-Eckardt – se cheamă „puterea de a putea să nu fi bolnav". Ipohondria apare adesea dintr-o supraestimare a suferințelor și tulburărilor. Ea este cauzată de acordarea de prea mult interes, dar și de teama cu care se asociază boala. Teama de moarte, mutilare, invaliditate sau dependența îndelungată are un rol foarte important în apariția ipohondriei[31]. Dacă medicul nu este disponibil temporar și nu poate îndeplini „rolul de tată" într-o astfel de fază, pacientul este deprivat. Totuși acest rol nu mai este necesar în faza de convalescență de exemplu, după o boală cronică. Atunci se ajunge în situația caracterizată de Szasz și Hollander ca fiind de „participare mutuală".

c *Participare mutuală.* În această relație accentul cade pe oferirea de sfaturi. Pacientul a fost ajutat să ajungă să se ajute singur și să elibereze pe medic din funcția de ajutător. Funcție de procesul de boală, aceasta poate avea loc mai repede sau mai încet. Omul revine la viața „normală" ca un adolescent în creștere. Unele reguli la care se supune, ca dieta sau somnul de amiază, capătă caracterul unui dialog. Pacientul și medicul nu se mai impun unul altuia; se testează mai mult capacitățile necesare urmării sfaturilor. Această relație este necesară din două motive. În primul rând este principial corect ca cineva, atât timp cât este capabil, să fie lăsat să decidă conform modelului lui de viață. Este datoria centrală a medicului să elimine obstrucțiile libertății. Cel de-al doilea motiv este de natură practică. Dacă cineva nu alege singur o anumită dietă sau mod de viață, aceasta nu se petrece prea des în practică: neconformitatea cu sfatul medicului („non-compliance") se referă la situații ușoare (dacă de dietă depinde o prelungire a vieții, de obicei ea este respectată „pentru că doctorul a spus"). Convalescența și responsabilitatea împărțită între medic și pacient poate fi amenințată de diferiți factori. În primul rând, se poate ca pacientul să găsească dificilă abandonarea laturii plăcute a rolului de pacient, care amână responsabilitatea socială și îndatoririle față de cei din jur. O formă ușoară a acestui refuz apare aproape la orice boală. Cu puțin ajutor din partea medicului, ea poate fi învinsă. Uneori, ea poate lua forme extreme, de exemplu prin refuzul de a merge la lucru. Dacă o astfel de situație apare, atunci ea este un semnal că „ceva nu este în regulă". Trebuie căutată cauza acestei opoziții care poate fi găsită la pacientul însuși, în circumstanțele sociale, într-o încă nedescoperită situație de stres etc. Poate fi vorba de nevoia pacientului de a continua starea de

Scanned with OKEN Scanner

dependență față de doctor; aceasta apare în cazuri de sentimente puternic negative față de medic dublate de sentimentul de vinovăție pentru că are astfel de sentimente negative. Mediul poate avea un important efect inhibator sau stimulativ. Este foarte posibil ca pentru o familie să fie benefic faptul că cineva este bolnav pentru că acesta ține în echilibru tensiunile din familie (vezi capitolul despre medicina de familie). Se mai poate ca pacientului să nu-i mai fie acceptat rolul de bolnav; el nu se supune regimului medical cu toate riscurile pe care le presupune. Familia poate exercita o influență prin aducerea la cunoștința pacientului că nu va mai fi acceptat ca bolnav.

Medicul, la rândul lui, poate găsi atractivă dependența bolnavilor; el poate dezvolta o îngrijire plină de atenție, dar tiranică, nelăsând nici o libertate pacientului. A ține la sfatul medicului este foarte important în cazul bolilor cronice. Se mai poate ca medicul să revină temporar la relația de „ghidare–cooperare" dacă apar exacerbări acute sau complicații. Acest model este uneori dificil de folosit, mai ales dacă bolnavul cronic consideră atractivă dependența lui și rolul complementar de tată al medicului. Atunci relația al cărui fond ar trebui să fie de „participare mutuală" recade într-o fază mai activă. Același lucru se poate întâmpla cu cea de avizare, care poate fi periclitată de nevoia pacientului de certitudine. Datorită faptului că nici biserica nu poate aduce mai multă certitudine, rolul de medic a acumulat și pe cel secularizat de preot, care trebuie să spună ce este bine și ce este rău în privința divorțului, avortului, controlului nașterilor, eutanasiei, tranchilizantelor, psihoterapiei și acțiunii sociale. Sunt medici care, prin rolul pe care și-l asumă, resping aceste aspecte.

Una din cele mai mari dificultăți din munca medicului este aceea de a reuși să facă loc întregii scale de relații descrise de Szasz și Hollander printr-o responsabilitate integrală și să finalizeze un dialog de avizare cu pacientul. Pe parcursul unei zile de muncă, el trebuie să treacă de la o formă a relației la alta. Relația trebuie schimbată pe parcursul tratamentului aceluiași pacient, iar pacientul trebuie adus în relația respectivă; medicul de familie trebuie să se întrebe mereu ce abordare pentru ce stadiu este potrivită. Dacă se greșește, lucrul acesta poate deveni periculos pentru pacient (dacă medicul nu preia o responsabilitate potrivită într-o situație acută), sau poate împiedica libertatea și emanciparea pacientului (dacă medicul își sufocă pacientul cu prea multă ghidare, mai ales dacă sfaturile nu sunt potrivite).

Această relaționare nu este determinată numai de o anume situație sau de stadiul bolii. Structura caracterului medicului și pacientului are de asemenea un rol de jucat: un medic va fi înclinat mai mult spre „ghidare", un altul, mai mult spre „cooperare". Se mai poate ca formarea opiniilor și considerarea activităților să fie prea sumare. Medicul trebuie totuși să discute cu pacientul – chiar dacă limitat – aceste aspecte.

Trebuie remarcat, în încheiere, că în cazul primelor două relații („activitate-pasivitate", „ghidare–cooperare"), fundamental este caracterul funcțional al acestora, în timp ce în cazul celei de-a treia relații, de „participare mutuală, caracterul personal al relației dintre pacient și medic are cea mai mare șansă de manifestare), dar este și cea mai necesară.

Scanned with OKEN Scanner

REAȚIA PERSONALA DINTRE PACIENT ȘI MEDICUL DE FAMILIE

Până acum s-a discutat despre un număr de factori care influențează relația dintre pacient și medicul de familie: așteptările pacientului, îndeplinirea rolului social, influența mediului, natura și gravitatea bolii. Relaționarea medicului cu pacientul depinde mult de forma ei personalizată. Și nu numai. Nota 3 a capitolului 5 a cuprins afirmația lui Berger cu privire la libertatea omului de a alege să „pățească afară din rol".

Pentru a începe cu ultima remarcă: una din trăsăturile timpului modern este tempo-ul rapid al schimbărilor. Mână în mână cu acestea merg schimbările în relațiile dintre clase, patroni și salariați, părinți și copii. Se scrie din ce în ce mai mult despre acestea. Ele sunt adesea mai mult obstrucționante decât benefice pentru soluționarea problemelor actuale. Manifestarea personală este deci singura soluție adecvată. Pentru aceasta este necesară multă creativitate și acord între cei implicați. Comportamentul de rol poate cuprinde aspecte neclare, dar există un model mai mult sau mai puțin stabil de conduită. Manifestarea personală a comportamentului presupune o mai mare variabilitate. De aceea este necesară o explicare față de celălalt. *Mutatis mutandis*, pot apărea schimbări în relația dintre pacient și medic prin schimbarea de ambele părți a așteptărilor. Uneori, fiecare parte are nevoie de schimbare. Nepotrivirea dintr-o relație poate constitui, în ultimă instanță, o piedică. De aceea este important ca dependența relativă de medic să facă obiectul unei discuții, creându-se o situație de „participare mutuală".

Necesitatea de a personaliza relația corespunde creșterii individualizării celui ce solicită și celui ce dă ajutorul. Pe de o parte, este vorba de o masificare puternică, pe de alta, de o creștere a valorii semnificației individului. Aceste dezvoltări sunt mai independente de grupul social decât a fost cazul în trecut.

Individualizarea aduce cu sine norme, valori și cunoștințe care nu mai sunt de la sine-înțeles numai sociale. Ele trebuie deci să fie explicitate.

Fundamentul acestora este format de considerarea respectului pentru personalitatea fiecăruia. Având în vedere că relația de acordare de ajutor are ca țintă ajutarea pacientului, personalitatea, normele și valorile lui sunt aduse în stare de dependență față de ceea ce se întâmplă. Medicul de familie are un rol foarte important în acest sens. Comportându-se cu grijă și sensibilitate, el își poate ajuta pacientul să devină conștient de ceea ce vrea. De o însemnătate fundamentală este ajutarea pacientului de a elimina blocadele din calea libertății. Lucrul acesta este posibil numai dacă medicul de familie însuși își asumă propriile limite. Numai atunci poate medicul de familie să arate compasiune. Aceasta este o condiție indispensabilă unui ajutor real.

Scanned with OKEN Scanner

Este limpede că personalizarea relației ridică pe un nivel superior îndeplinirea rolului de pacient și a celui de medic, iar contactul trebuie să fie intensiv. Fiecare va trebui să știe ceea ce așteaptă de la această relație. Acest proces poate fi supus schimbării. Fiecare va trebui să fie conștient de aceasta și să se adapteze și/sau discute împreună. Deschiderea în relație este prima și ultima condiție. Ea poate veni astfel în întâmpinarea celor mai adânci nevoi interioare ale medicului însuși.

Acordarea de ajutor devine astfel, de fiecare dată un eveniment unic. Procesul nu se manifestă numai în interiorul relației medic–pacient. Relația însăși are efect în a se simți mai bine, mai relaxat, mai înțeles, ceea ce are urmări asupra procesului de boală și în confruntarea cu stresul. Astfel văzută, interacțiunea dintre medic și pacient face parte din procesul de acordare a ajutorului.

Măsura ajutorului nu este exprimată numai *de intensitate*, ci și de *lărgimea funcției*. Prin aceasta se înțelege câmpul în care medicul de familie trebuie să fie priceput, expert[32]. Se pare că expectațiile pacienților variază cu privire la lărgimea funcției; în mediile social-economice înalte și în cele agricole, omul are cele mai multe așteptări din acest punct de vedere. Parsoon[33] prognozează că în viitor se va cere mai puțin de la funcția largă a medicului de familie, dar mai mult de la cea de comunicare între acesta și pacient.

Lărgimea și adâncimea dau măsura ajutorului acordat. Fundamentală este acceptarea celuilalt, în sensul în care aceasta a fost exprimată de Levinas[34]: „Celălalt nu este mai întâi un obiect al înțelegerii, ci, ca urmare, cineva cu care se vorbește. Ambele relații se petrec împreună. Altfel spus: a înțelege pe celălalt nu presupune separarea faptului că se vorbește cu el".

Faptul că aceste considerații nu au apărut de ieri – de azi este dovedit de textul rugăciunii de dimineață a lui Marmonide, un medic-filosof evreu care a trăit între 1135–1204:

„Stai pe lângă mine Atotputernicule, în împlinirea grelei mele datorii, pentru a reuși, pentru că fără ajutorul tău, omul însuși nu este în stare.

Însuflețește-mă cu iubire pentru arta mea și creațiile Tale; nu lăsa ca banii și ambiția să influențeze faptele mele, pentru că acestea sunt dușmani ai adevărului, iar iubirea de oameni mă poate duce ușor în greșeală și mă poate îndepărta de datoria mea față de copiii Tăi.

Lărgește inima mea astfel ca ea să fie mereu gata să ajute pe sărac și bogat, pe prieten și dușman, pe cel rău ca și pe cel bun.

Fă-mă să văd în suferind numai omul; dă-mi puterea să-l îngrijesc pe cel bolnav, astfel ca el să nu aibă gânduri ciudate despre ceea ce eu îi impun și ca experiența și cunoașterea mea să stea cu totul în serviciul ajutorării lui. Dă bolnavilor mei încredere în mine și în arta mea pentru ca ei să urmeze prescripțiile și sfaturile mele cu încredere.

Dă-mi mie, o Dumnezeule, răbdare și blândețe când bolnavul mi se opune.

Dă-mi protecție, pentru ca gândurile de mândrie pentru calificarea mea să stea departe de mine.

Scanned with OKEN Scanner

Ajută-mă ca spiritul meu să rămână neatins când necunoscătorii mă vor ridiculiza.

Dacă însă oameni mai înțelepți vor să mă învețe ce este mai bine, fă ca spiritul meu să urmeze calea arătată cu mulțumire, pentru că domeniul artei medicului este mare".

Altfel spus, în context modern: medicul trebuie să fie conștient de inegalitatea din relația cu pacientul. Ea este adusă cu sine de faptul de a-fi-bolnav. Celălalt nu este cu totul liber să facă ce vrea, el este într-o poziție vulnerabilă[35]. Ea presupune o responsabilitate deosebită pentru medic. Pacientul are astfel o serie de drepturi. Ele sunt consecința inegalității din relație și au în vedere diminuarea consecințelor nefavorabile. Cuvântul *drept* poate suna cam neplăcut, dar dacă ne gândim bine, aspectul neplăcut nu prevalează. Din contră, dreptul celuilat aduce echilibru relației. Recunoașterea dreptului celuilalt este o condiție pentru stabilirea unei bune relații. Pacientul trebuie să ia loc în ea astfel ca el să fie în stare să decidă.

Conform lui Pellegrino, medicul are în acest sens următoarele îndatoriri:

a Medicul trebuie să activeze la nivelul cel mai înalt al priceperii sale. Altfel, relația este construită pe nisip mișcător.

b Pacientul trebuie informat cât mai repede asupra stării lui. Aceasta trebuie să se petreacă astfel încât pacientul să înțeleagă limba și sensul conceptelor. Aceasta necesită cunoașterea de către medic a specificului lumii în care trăiește pacientul.

c Se cade ca pacientul să fie adus, pe baza informațiilor ce i-au fost date și pe baza propriilor valori și norme, în situația de a-și da acordul pentru investigare și tratament („consimțământ în cunoștință de cauză").

d Dacă acest lucru nu este posibil datorită stării în care se află pacientul, atunci reprezentanții lui (familie, prieteni sau avocat) trebuie să-și dea consimțământul („acordul celor din apropiere").

e Medicul trebuie să aibă respect pentru decizia individuală și unică a pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 6

NOTA 1. JURĂMÂNTUL LUI HIPPOCRATE

Cea mai veche formă a legământului pe care a jurat Hippocrate și pe care au jurat elevii lui se găsește într-un manuscris din secolul XI, care se află în Biblioteca San Marcus din Veneția. El sună, într-o traducere veche, astfel:

„Jur pe Apolo Vindecătorul, pe Asclepio, pe Higeea, pe Panaceea și pe toți zeii și zeițele pe care îi iau martori, să aduc la îndeplinire acest jurământ, după capacitatea și priceperea mea.

Cel ce m-a învățat această artă va fi ca și părintele meu, cu el voi împărți și bunele și relele, copiii lui vor fi frații mei, iar dacă el va voi îi voi învăța pe ei această artă fără plată sau datorie din partea lor; îi voi lăsa pe fiii mei să participe la toate prescripțiile, discursurile și instructajele împreună cu învățăceii care desăvârșesc învățătura medicală.

Tratamentul medical va fi aplicat în folosul bolnavilor, după capacitatea și priceperea mea; hotărârea din urmă însă le va aparține. Nu voi administra nimănui, nici chiar la cerere, un medicament mortal și nu voi da nici un sfat în acest sens; cu atât mai puțin voi accepta o plată de cinci ori mai mare din partea unei femei pentru pierderea sarcinii. Voi lăsa puritatea și devotamentul să guverneze viața și profesia mea.

Jur să nu tai nici un os, ci să-i las pe cei pricepuți să facă această operație.

Când voi intra într-o casă, o voi face în interesul bolnavilor, mă voi reține de la orice tratament greșit intenționat, mai ales asupra tovarășului de viață sau asupra altor oameni, femei și bărbați, liberi sau sclavi.

Tot ceea ce voi auzi sau voi vedea în timpul tratamentului sau în afara practicii medicale despre viața oamenilor nu va fi obiect de discuție, deci jur să respect secretul profesiei.

Fie ca dacă respect acest legământ să-mi meargă bine în viață și în arta mea și fie ca tuturor să le fiu cunoscut ca un om de onoare; și fie ca soarta să mi se întoarcă împotrivă dacă-l încalc și-l desconsider".

Există și o versiune modernă a acestui jurământ stabilită de WMA (a nu se confunda cu World Health Organization), adică *Declarația de la Geneva* (Asociația Medicală Mondială 1948/1968), adoptată deci de a doua Adunare Medicală Mondială, Geneva, Elveția, septembie, 1948, și amendată de a XXII-a Adunare Medicală Mondială, Sydney, Australia, august 1968:

„O dată cu admiterea ca membru al profesiunii medicale:
Mă leg solemn să îmi concentrez viața în serviciul umanității.
Voi da profesorilor mei respectul și gratitudinea ce le-o datorez;
Voi practica profesia mea cu conștiinciozitate și demnitate;
Sănătatea pacientului meu va fi prioritatea mea;

Scanned with OKEN Scanner

Voi respecta secretele ce mi-au fost încredințate, chiar și după moartea pacientului;

Voi menține, prin toate mijloacele ce-mi stau în putere, onoarea și nobila tradiție a profesiei medicale;

Colegii mei vor fi frații mei;

Nu voi permite să intervină între datoria mea și pacientul meu considerații de ordin religios, de naționalitate, rasă, politică de partid sau stare socială;

Voi menține un respect neștirbit pentru viața umană chiar din momentul conceperii ei; chiar sub amenințare, nu voi folosi cunoașterea medicală contrar legilor umanității.

Fac aceste promisiuni în mod solemn, liber și pe onoarea mea".

Codul Internațional al Eticii Medicale (Asociația Medicală Mondială, 1949/1968), adoptat la a III-a Adunare Medicală Mondială, Londra, Anglia, octombrie 1949, și amendat la a XXII-a Adunare Medicală Mondială, Sydney, Australia, august 1969.

Îndatoririle generale ale medicilor

„Un medic trebuie să mențină întotdeauna cel mai înalt standard al conduitei profesionale.

Un doctor trebuie să își practice profesia neinfluențat de motive sau profit.

Următoarele practici sunt condamnate ca neetice:

a nici o reclamă de sine, cu excepția celei expres autorizate de codul național al eticii medicale;

b să nu colaboreze în nici o formă de serviciu medical în care un medic nu are independență profesională;

c primirea de bani în legătură cu serviciile aduse unui pacient, alții decât plata profesională potrivită, chiar cu cunoștința pacientului.

Orice act sau sfat care ar putea diminua rezistența fizică și mintală a ființei umane trebuie să fie folosit numai în interesul acesteia.

Un medic este sfătuit să folosească cu precauție dezvăluirea descoperirilor sau noilor tehnici de tratament.

Un medic trebuie să se justifice sau să probeze numai asupra a ceea ce el a verificat personal.

Datoriile medicilor față de bolnav

Un medic trebuie să poarte întotdeauna în minte obligația de a prezerva viața umană.

Un medic datorează față de pacientul său loialitate completă și toate resursele științei sale. Ori de câte ori o examinare sau un tratament depășește capacitatea sa, el trebuie să consulte un alt medic care are abilitatea necesară.

Un medic trebuie să acorde asistență de urgență ca o datorie umanitară sau dacă nu, numai după ce s-a asigurat că alții vor și sunt capabili de o astfel de asistență.

Scanned with OKEN Scanner

Datorii ale medicilor unul față de altul

Un medic se cade să se comporte corect față de colegii lui, așa cum și ei se cade să se poarte față de el.

Un medic nu trebuie să ia pacienți de la colegii lui.

Un medic trebuie să aibă în vedere principiile *Declarației de la Geneva* aprobate de Asociația Medicală Mondială".

Drepturile pacientului stau din ce în ce mai mult în centrul de interes. S-au făcut toate încercările ca acestea să fie definitiv stabilite în diferite statute. Dreptul de autodeterminare (dispunerea de sine) este, cu deosebire, în miezul acestui interes.

NOTA 2. RELAȚIA FUNCȚIONALĂ DINTRE MEDICUL DE FAMILIE ȘI PACIENT

În afara laturii personale a relației, gradul de expertiză medico-tehnică a medicului este de o însemnătate fundamentală: pacientul trebuie să poată avea încredere în medic și să se încredințeze acestuia în deplină securitate având încredere că acesta poate avea controlul asupra laturilor medico-tehnice ale diagnosticului și terapiei. Bloom[36] numește aceste două aspecte (judecata personală și cea medico-tehnică) relația expresivă și respectiv instrumentală. Amândouă fac parte din relația *profesională* medic–pacient. Cu alte cuvinte: relația expresivă nu este numai un fel de întâlnire plăcută sau caracteristica unei stări generale între oameni, ci o parte a relației profesionale, chiar mai importantă, decât cea instrumentală. Prin interacțiunea *expresivă* trebuie să se înțeleagă, după Bloom, procesul de comunicare având ca obiect problemele „umane" sau social-emoționale. Prin interacțiunea *instrumentală* el înțelege îndeplinirea îndatoririi principale din relație; în cazul medicului adică, investigarea pacientului, stabilirea unui diagnostic, aplicarea unei terapii adecvate, efectuarea de activități de medicină preventivă etc.

Oldendorff[37] distinge patru maniere în care un om are de a face cu un altul și patru tipuri de relaționări de bază:

a *Relaționarea personală*. Prin aceasta se va înțelege relaționarea care este specificată de Buber prin „relația eu–tu". Aceasta are loc în întâlnirea cu un altul, în libertatea faptului de a fi de sine-stătător și în deplinătatea persoanei sale. Această relație se regăsește în relația de iubire, de prietenie, pe scurt, în toare relațiile în care omul este implicat în totalitatea celuilalt.

b *Relaționarea esențializată (la obiect, de afaceri) și funcțională*. Aceasta este o relație care stă la baza unui anumit obiect al ei și în care acest obiect formează norma și granițele relației. Omul își propune un scop comun (cu un altul) de exemplu, câștigarea unui concurs de navigație sau vindecarea unui bolnav. „La obiect, de afaceri" nu înseamnă „neumană și rece": pot exista relaționări de foarte bună calitate. Relațiile personale pot fi prezente; se poate ca cei implicați să se cunoască de mulți ani, să se

Scanned with OKEN Scanner

respecte reciproc. În relația funcțională omul nu se regăsește ca totalitate, omul își arată una din părți, și anume cea care este necesară atingerii scopului.

c *Relația instrumentală*. Relația funcțională se degradează adesea până la a ajunge instrumentală. Omul devine astfel „obiectivat", adus la starea de lucru și utilizat ca atare. Cineva se folosește de un altul pentru a-și atinge scopul (Conceptul de *funcțional* are pentru Oldendorff o altă semnificație decât pentru Bloom.).

d *Relația convențională*. După Oldendorff, aceasta nu prea face parte din prezenta clasificare. Este vorba de o relaționare de fond, dar pentru un comportament cu privire la reciprocitate. Omul se pierde în toate cele care se petrec zilnic, în uniformizarea și masificarea în care trăim cu toții.

Dacă dorim acum să dăm un loc relației expresive și instrumentale în acord cu concepția lui Bloom, trebuie să le caracterizăm pe amândouă ca relații funcționale. Amândouă sunt orientate către atingerea unui scop: vindecarea unui bolnav, atingerea unui nou echilibru sau a unei capacități proprii de soluționare a problemelor.

Atât pacientul cât și medicul se oferă în această relație, dar nu ca totalitate, cum este cazul în relația personală. Medicul nu are dreptul, ci datoria să se implice profesional, deci parțial. Aceasta nu înseamnă că implicarea nu poate fi adâncă sau că nu are o puternică coloratură personală, ci numai că ea rămâne funcțională ca natură. Dacă unul dintre aceștia trece granițele funcționalului, relația devine de genul „eu–tu" ceea ce face imposibilă relația profesională, terapeutică. În cadrul unei prietenii, o relație profesională este dificil de obținut; cineva poate da sfaturi, dar cam la asta se rămâne. De aceea este dificil – dacă nu chiar imposibil – să fii medicul prietenului, soției sau copilului tău.

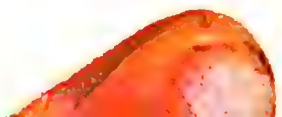
Pe de altă parte, o relație intensivă este condiția unei ajutorări efective. Clyne[38] stabilește că o relație terapeutică necesită atât compasiune cât și empatia. Prima este baza relației dintre medic și pacient; fără cea de-a doua, un medic nu poate fi în stare să știe și să înțeleagă ce suferă un pacient. Dacă aceasta se distruge, atunci nu mai este posibilă formularea clară a problemei de rezolvat, și cu atât mai puțin procesul de rezolvare. Deci relația personală are o semnificație funcțională. Lucrul acesta este clarificat de Von Gebsattel[39], care a distins trei stadii:

a Mai întâi este o angajare elementară a medicului față de nevoia în care se află pacientul. Aceasta este „imediatitatea" în care se află medicul prin starea de necesitate a celuilalt.

b Stadiul în care el este „ocupat-ca-medic", în care se stabilește diagnosticul și tratamentul; medicul este tehnician. Ei se manifestă ca expert. Von Gebsattel numește acesta „stadiul de exercitare a expertizei".

c Cel de-al treilea stadiu este acela când medicul și pacientul devin parteneri, „stadiul personal". Medicul este solidar atât cu boala cât și cu cel suferind.

13 Comanda nr. 71089



Scanned with OKEN Scanner

Von Gebsattel vorbește de „știință de maestru" dacă aceste trei stadii se armonizează în succesiune. Atâta timp cât „stadiul personal" poate fi numit o interdependență existențială, el diferă de relaționarea personală a lui Oldendorff, de „relația eu–tu" a lui Buber, în care cei doi sunt implicați ca totalitate.

Concluzia este că relația expresivă și cea instrumentală sunt inseparabil corelate și că amândouă fac parte din conexarea profesională dintre medic și pacient.

NOTA 3. CULTURA

Se poate considera prin cultură:
a totalitatea realizărilor înalt valorice umane, ca arta, literatura și știința,
b cultura în sensul de „cultivat, educat",
c cultura în sensul de „posesie de valori creative și spirituale interne",
d perioada de înflorire în culturalizarea, educarea omului,
e sociologic: modul de viață al oamenilor specificat de grupul și mediul lor, creat de ei înșiși, în contrast cu natura; esențial este, după Bloom, că „fiecare cultură specifică constituie un fel de amprentă pentru toate activitățile vieții"; în acest sens folosim și noi acest concept – alimentația, educația, ceea ce se folosește, obiceiuri și tradiții sunt mijloace de transfer cultural.

Se vorbește de un transfer vertical al culturii când el are loc de la o generație la alta, de la părinți la copii. Conform lui Hofstee, aceasta este o caracteristică a culturii tradiționaliste. Se vorbește de un transfer orizontal dacă acesta are loc în interiorul unei generații, între membrii acesteia. Aceasta este o caracteristică a modelului cultural modern, dinamic.

Prin subcultură se înțelege o cultură care formează o variantă în interiorul uneia mai mari, mai cuprinzătoare. Cultura evreilor sau vechilor-indieni formează fiecare câte o subcultură în cadrul celei olandeze.

NOTA 4. INTERNALIZAREA

„Internalizarea" este o noțiune care provine de la Parsons și prin care se înțelege, conform lui König (*Sociologie*, Frankfurt am Main, 1958), propria supunere de voie la norme. Ea este parte a procesului de socializare, prin care omul învață să se comporte în comunitate. Procesul de „internalizare" presupune de asemenea o departajare a unui individ conform considerentelor de ordin privat și îndeplinirii rolului profesional.

Pentru a preîntâmpina orice neînțelegere: aceasta nu înseamnă că întregul comportament al medicului este determinat prin internalizare. Berger a arătat foarte clar că omul nu este marionetă, ci, dimpotrivă, prin propria voință și cu propriile capacități, își asumă un rol dacă acesta este indicat.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Terbogh-Dupuis, H., *Etica medicală în perspectivă*, Dizertație, Leiden, 1976. Sporken, P., *Etica și serviciile medicale*, Baarn, 1977. Veatch, R. M., *Studii de asistență în etica medicală*, Cambridge, 1977. Reiser, J., A. J. Dyck și col. *Etica în medicină*, Cambridge, 1977.

2 Cobb, B., „De ce oamenii se reîndreaptă către șarlatani", în Jaco, E. G. (ed.), *Pacienți, medici și boală*, Glancoe, 1958.

3 Mechanic, D., *Sociologia medicală, o vedere selectivă*, New York, 1968.

4 Reader, G., L. Pratt și M. C. Mudd, „Ce așteaptă pacienții de la doctorii lor", *Spitalul modern*, 1957, 89, 88.

5 *Raport anual 1977*, Inspecția Generală Medicală a Ministerului Sănătății, Haga, 1978.

6 Loon, A. J. van și H. G. Schmidt, „Din nou despre relația medic–pacient", *Med. Contact*, 1977, 32, 274.

7 Ross Woolley, F., R. L. Kane, „Efectele comunicării medic–pacient asupra satisfacției și rezultatului îngrijirii", *Soc. Sc. and Med.*, 1978, 12, 123.

8 Davis, M. S. Și col., „Conformitatea cu regimul medical: un studiu panel", *J. Health and Social Behaviour*, 1964, 4, 240.

9 Francis, V. Și col., „Goluri în comunicările doctor–pacient", *New Eng. J. Med.*, 1969, 10, 280.

10 Caterinicchio, R. P, „Testarea modelelor de regularitate plauzibilă a încrederii interpersonale în relația de tratament pacient–medic", *Soc. sc. and Med.*, 1979, 13A, 81.

11 Stewart, M. A., I. R. McWhinney și col., „Relația doctor–pacient și efectul ei asupra rezultatului obținut", *J. Royal Coll. of Gen. Pract.*, 1979, 29, 77.

12 Rakel R. E., *Principii ale medicinii*, Philadelphia, 1977.

13 Parsons, T., *Sitemul social*, Glencob, 1974.

14 Dahrendorf, R., *Conformitate și libertate*, München, 1965.

15 Parsons, T., *op. cit.*, 1974.

16 King,S. H., *Percepții ale bolii și practicii medicale*, New York, 1962.

17 Wilson, R. N., „Relația pacient-practicieni", în: Freeman H., S. Levine și col., *Compendiu de sociologie medicală*, New York, 1963.

18 King, ibid.

19 Balint, M., *Doctorul, pacientul său și boala*, Londra, 1957.

20 Merton, R., și E. Barber, „Ambivalența sociologică", în: Tirya-Kian, E. (ed.), *Teoria sociologică*, Glencoe, 1963.

21 Persoon, J. M. G., „Relația medic-pacient", în: Aakster, C. W. și col., *Manual de sociologie medicală*, Groningen/Deventer, 1978.

22 Fox, R. C., *Periculozitate de experiment; medici și pacienți confruntați cu cunoașterea din interior*, Glencoe, 1959.

23 Stellwag, H. W. F., „Criza de autoritate în educație", *Studii Pedagogice* (oland.), 1964, 41, 475.

Scanned with OKEN Scanner

24 Doorn, J. A. A. van și C. J. Lammers, *Sociologia modernă*, Utrecht, Antwerpen, 1959
25 Balint, *ibid.*
26 King, *ibid.*
27 Szasz, H. S., și M. H. Hollander, „O contribuție la filosofia medicinii. Modele de bază ale relației medic–pacient", *AMA archives of internal medicine*, 1956, 97, 585.
28 Lederer, H. D., „Cum își vede bolnavul lumea", in: Jaco, E. G. (ed.), *Pacienți, medici și boală (Patients, physicians and illness)*, Glencoe, 1958.
29 Rümke, H. C., *Psichiatrie I*, Amsterdam, 1954, 399.
30 Uexküll, Th. von, „Problema «Befindensweisen» și semnificația ei pentru fenomenologia medicală", *Psyche* (1951,1952), 401. Th. von Uexküll este de părere că structura societății prezente nu este deloc sau aproape deloc permisivă acestor „indiferențe". A nu avea posibilitatea de a „asculta la propriul corp" poate, după el, duce la boală. Omul poate ajunge la o stare de tensiune, împovărare, pierderea somnului etc.
31 Pflanz, M., Th. von Uexküll, și alții, „Comportamentul sub stare de febră", *Zeitschr. für Klinische Medizin*, 1953, 152, 159.
32 Winkler Prins, J., *Medicul de casă și pacientul*, Meppel, 1966
33 Persoon, J. M. G., *Schimbări în relația medic–pacient*, Nijmegen, 1975.
34 Levinas, E., *Fizionomia umană*, Baarn, 1969.
35 Pellegrino, E. D., „Către o reconstruire a moralității medicale", *J. Medicine and Philosophy*, 1979, 4, 32.
36 Bloom, S. W., *Doctorul și pacientul său*, New York, 1965.
37 Olendorff, A., *Psihologia vieții sociale*, Utrecht, 1955.
38 Clyne, M. B., „Cum ceea ce este personal este îngrijire personală în practica generală", *J. Royal Coll. Gen. Pract.*, 1974, 24, 263.
39 Gebsattel, V. E. von, „Despre structura sensului în tratamentul medicilor", *Prolegomene la antropologia medicală*, Berlin, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

7 Medicul de familie și medicina preventivă

Un medic de familie preia asupra lui îngrijirea medicală a pacienților săi. Aceasta se referă în primul rând la domeniul curativ. Dacă un medic de familie se simte responsabil pentru sănătatea pacienților săi, chiar dacă aceștia nu suferă (încă) de o boală sau chiar dacă pacientul încă nu s-a prezentat la el, atunci se pune întrebarea cât de departe trebuie medicul de familie să lucreze efectiv în manieră preventivă. Aceasta trebuie să se realizeze prin a ține cont și a păstra responsabilitatea pacientului pentru propria lui sănătate. Medicul de familie poate însă ca, pe baza priceperii sale, să avizeze pacientul, eventual să cerceteze și să ia măsuri de prevenire. Medicul de familie are în mod deosebit posibilitatea de a ține sub control pacienții care au mai multe șanse de a contracta anumite afecțiuni și boli.

De asemenea, este important ca medicul de familie să poată combina procedurile preventive și curative.

Cât de departe trebuie să meargă medicul de familie în domeniul prevenției depinde de cum își concepe propria lui sarcină, ca și de așteptările pacientului și ale comunității.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Partea cea mai remarcabilă a muncii medicului de familie se regăsește în sectorul curativ. Așa cum reiese din informațiile NUHI, 6% din asistența acordată „noilor cazuri" („incidența") este consacrată prevenției; după datele SNBPMC, acesta este de 9%. Din toate contactele medic–pacient, conform SNBPMC, între 11 și 12% cazuri sunt consacrate prevenției. Aceasta privește însă în principal *prevenția primară*, prin care se înțelege preîntâmpinarea bolilor.

Medicul de familie este însă ocupat și cu *prevenția secundară*. Prin aceasta se înțelege un diagnostic timpuriu: diagnosticarea unei boli în faza în care aceasta (încă) nu a cauzat prezentarea la medic (sub numele de *prevenție terțiară* se va înțelege restabilirea sau revalidarea: preîntâmpinarea înrăutățirii factorilor care au dus la îmbolnăvire).

Întrebarea este acum dacă, și dacă da, cât de mult trebuie să se ocupe medicul de familie cu prevenția. În capitolul 3, aceasta a fost deja introdusă colateral. Întrebarea se pune din nou din mai multe motive. În primul rând, pentru faptul că medicul de familie lucrează în prima linie a sănătății publice. Din considerații logice, este mai la îndemână ca medicului de familie să i se încredințeze prevenția. În al doilea rând, un medic de familie se îngrijește de o populație relativ constantă: „circumscripția sa". Dacă un medic de familie se simte co-responsabil pentru starea de sănătate a pacienților săi, atunci el va tinde să încerce ca bolile să fie preîntâmpinate prin el. Vom urmări în continuare cât de departe merge într-adevăr preocuparea pentru prevenție și care ar fi posibilitățile în acest domeniu.

PREVENȚIA PRIMARĂ

Prevenția primară privește preîntâmpinarea cauzei bolilor. În general, prevenția primară poate avea loc prin măsuri aplicate mediului și prin măsuri orientate asupra oamenilor.

În direcția mediului

Prin măsuri de igienă a mediului, se poate combate cauza și/sau răspândirea bolilor (de exemplu, prin grija pentru calitatea apei de băut, evacuarea gunoiului, pentru aer curat și o suprafață curată a apelor și prin grija pentru locuințe corespunzătoare). Crearea unei societăți care este psiho-igienic bine articulată este, – într-adevăr sunând utopic – o condiție a preîntâmpinării bolii. Măsurile preventive îndreptate asupra societății sunt bazate pe responsabilitatea comună care trebuie să-și găsească forma în modul în care noi împreună ne asociem, în responsabilitatea pe care noi o dovedim pentru bunăstarea fiecăruia, exprimată în structurile politice care trebuie să facă posibilă o societate sănătoasă. Este clar că într-o societate modern-industrială, sunt necesare structuri, facilități și disponibilități la scară mare: reguli

Scanned with OKEN Scanner

structurale ale jocului legal, facilități tehnice și organe de control. Acestea se află cu totul în afara perspectivei medicului de familie. Dar chiar în acest cadru, funcția semnalată mai sus a medicului de familie este importantă. Prin munca sa în prima linie a sănătății publice, medicul de familie este în situația de a a detecta anormalitățile din domeniul somatic și psiho-igienic.

Boala și dependența, depresivitatea și agresivitatea sunt adesea reacții la discrepanța dintre puterea de a îndura și cât este de îndurat. Dacă aceasta apare la multe persoane, atunci este posibil ca (o)presiunea exercitată de comunitate să fie prea mare. Medicul de familie poate să fie de ajutor în combaterea acestei opresiuni în primul rând prin a semnala astfel de discrepanțe (de exemplu, privind mediul, reducerea timpului de muncă, efecte ale suprautilizării, suprasolicitării, probleme raționale și poziția grupurilor de minorități.)

În concluzie, medicul de familie poate contribui la îmbunătățirea mediului (în sensul larg al termenului: adică mediul fizic, psihic și social) prin ținerea unui ochi deschis asupra acestuia și prin semnalarea efectivă către comunitate. Aceasta trebuie însă să fie o activitate generată de munca sa zilnică și de conduita sa cu pacienții care îi cer ajutorul[1].

În direcția oamenilor.

Medicul de familie poate oferi prevenția primară orientată în direcția oamenilor în diferite feluri:

a Prin creșterea rezistenței pasive și active împotriva bolilor. Astfel, folositoare sunt, de exemplu, vaccinurile infantile contra difteriei, tusei convulsive, tetanosului și poliomielitei, prin injectarea de patru ori a vaccinului DKTP, și contra pojarului, prin injectarea o singură dată cu vaccinul pojarului, urmată de o revaccinare mai târziu. Fetele sunt în prezent protejate contra rubeolei înainte de prima menstruație. În caz de iminență a hepatitei infecțioase, este posibilă imunizarea pasivă cu gammaglobulină. Călătorii spre zonele tropicale trebuie, funcție de bolile prevalente acolo, să fie injectați împotriva, de exemplu, febrei galbene și holerei. Profilaxia malariei este asigurată prin intermediul mijloacelor antimalarie. Activitățile de mai sus nu sunt de competența exclusivă a medicului de familie. Copiii mici (sugarii) și școlarii sunt injectați (imunizați) și în cadrul cabinetelor de consult pentru sugari, respectiv pentru preșcolari (organizate de asociații ale Crucii Roșii) și de către medicul școlii. Serviciile medicale comunitare și Institutul pentru Tropice „altoiesc" și ele călătorii în/spre străinătate (vezi nota 1).

b Prin ceea ce oferă instituțiile de informare și educare asupra sănătății și alimentației (IES)[2]. În acest domeniu sunt dezvoltate multe activități. Aceste IES au în vedere întreaga populație sau unele părți ale acesteia, funcție de cum aceasta este obținută în combinație cu alte activități (de ex., în școli) sau de felul în care este concepută ca activitate specifică a unei organizații (de ex., asociații ale bolnavilor de inimă). IES-ul care este asigurat de medicul de familie este (re)cunoscut prin interdependența sa cu activitatea curentă a medicului. Informarea și educarea nu formează o activitate izolată, ci este inclusă în

Scanned with OKEN Scanner

relația medic–pacient care utilizează această activitate în acumularea seriei de cunoștințe despre pacient, dar și în profunzimea situației pacientului. Medicul de familie are astfel avantajul de a putea cupla activitatea lui de informare/educare cu problematica efectivă. De exemplu, dacă cineva are probleme cu stomacul, informațiile despre modele de alimentație sunt binevenite, sau pentru probleme de inimă, cele privind fumatul, mișcarea fizică, stres și altele asemenea. Dacă pacientul are deja probleme și anumite simptome apărute deja, atunci el va fi mult mai sensibil la aceste informații educative și el poate presupune că suferința sa este cu atât mai mare cu cât informația este mai nedirecționată.

Medicul de familie poate deci îndeplini bine sarcini în domeniul prevenției primare. Măsura în care el o va face, va depinde mai mult de atitudinea sa și de felul cum își organizează practica.

Atitudinea. Medicului de familie trebuie să-i placă să efectueze munca de medicină preventivă. Se cere însă să existe un cadru instituționalizat astfel încât respectivele probleme să îi revină lui, așa cum este cazul cu medicina curativă. El trebuie deci singur să le identifice, să le stabilească. Pe baza datelor și cunoștințelor medicale, medicul de familie trebuie să acționeze pentru ca pacienții ce i s-au încredințat să fie protejați împotriva bolilor. Un anumit medic va merge mai departe decât un altul în această privință. Acest „un altul" va lăsa mai mult în seama inițiativei pacientului. Aceasta reclamă însă propunerea scopului de a avea o bună informare. Un altul se va îngriji să-și cheme pacienții cât mai din timp pentru o vaccinare sau altele asemenea.

Organizarea practicii. Organizarea practicii medicului de familie este, cu mare certitudine, o reflectare a atitudinii față de serviciul său. Dacă el va considera că prevenția este importantă, atunci el va crea și facilitățile necesare acesteia. El va organiza, de exemplu, un cabinet de consultații pentru sugari și preșcolari. Dar această eventualitate este limitată și de factori externi, ca de pildă colaborarea cu asociații ale Crucii Roșii.

Așa cum apare din practică, activitatea curativă este întotdeauna pe primul plan. Aceasta este de înțeles: inițiativa aparține pacientului și serviciul pe care el îl cere trebuie satisfăcut. Munca de prevenție primară cere însă o ordine: un sistem de înregistrare și convocare, ore de consultație, locuri de consultație bine stabilite. Dacă activitatea curativă a medicului de familie este prea împovărătoare depășind capacitățile acestuia, acesta va disturba ceea ce se cere pentru o activitate preventivă regulată.

PREVENȚIA SECUNDARĂ

Prin prevenție secundară se înțelege formularea foarte timpurie a unui diagnostic, așa încât boala să poată fi vindecată. În fapt, prevenția secundară este diagnosticul timpuriu. Termenul „prevenție secundară" va fi însă rezervat pentru acțiuni ce se întreprind față de boli și afecțiuni care încă nu au nu

Scanned with OKEN Scanner

au dus la prezentarea la medic. Dacă un pacient se adresează medicului o singură dată, și aceasta constituie baza pentru o diagnoză în stadiu timpuriu, atunci aceasta nu se va numi prevenție secundară, ci pur și simplu performanța unui „doctor bun".

Atunci, ce face, în afara medicului de familie, cercetarea medicală preventivă secundară ?

În cadrul cabinetului de consult pentru sugari și preșcolari aceștia, sunt cercetați în vederea preîntâmpinării bolilor potențiale (de ex., luxația congenitală de coapsă, surzenie, disturbări de dezvoltare și retardare. Pe deasupra, se vor lua în astfel de privințe, și măsuri de prevenție primară, așa cum s-a arătat – vaccinul antipoliomielitic, difteric, tetanos etc., avizarea în probleme de sănătate).

Prin intermediul serviciilor medicale școlare, copiii de școală sunt cercetați periodic în vederea depistării prezenței bolilor și anormalităților. Există categorii de organizații în cadrul cărora își găsește locul cercetarea profilată pe o anumită boală, care privește atât grupe de populație cât și indivizi. Cele mai vechi sunt cabinetele de consult pentru combaterea tuberculozei care acum sunt folosite la diagnosticarea timpurie a cancerului de plămâni și a ARCA (afecțiune respiratorie cronică nespecifică) – afecțiunilor respiratorii nespecifice cronice (astmul, bronșita). Categorii moderne de organizații sunt, între altele, CYT-U – Universitar din Utrecht pentru reprezentarea pe ecran a tumorii canceroase cervicale și proiectul DOM, orientat către diagnosticul timpuriu al tumorii canceroase mamare. În ambele organizații funcționează de asemenea și cabinete de consult pentru inimă și boli de îngrășare.

Examinările medicale periodice din cadrul întreprinderilor, inclusiv cele din serviciul militar sunt în cea mai mare parte orientate către descoperirea mai multor feluri de boli, de exemplu, boli de plămâni, inimă, îngrășare și diabetice.

Rezultatele tuturor acestor forme de investigare sunt transmise medicului de familie, și aceasta cu atât mai sigur cu cât sunt găsite anormalități. Medicul de familie poate deci decide dacă este necesară o cercetare mai în detaliu sau se poate trece la tratarea bolii.

La întrebarea dacă medicul de familie însuși trebuie să procedeze la o cercetare pentru un diagnostic timpuriu se va răspunde pe parcursul acestui capitol. Înainte însă se va vorbi despre ce condiții trebuie să îndeplinească o cercetare pentru diagnostic timpuriu.

CONDIȚII CE TREBUIE ÎNDEPLINITE DE CERCETAREA PENTRU DIAGNOSTICUL PRECOCE

Punctul final trebuie să fie acela că avantajele sunt mai mari decât dezavantajele. Un avantaj poate fi acela că o descoperire din timp scurtează sau reduce pericolul de mărire a tratamentului sau de apariție a urmărilor secundare ale bolii. În aceste situații, tratamentul este de început numai în extremis. În cele mai multe cazuri, acesta nu este ușor de stabilit definitiv.

Scanned with OKEN Scanner

Se cere o cercetare epidemiologică și clinică lărgită. Rezultatele analizelor sunt adesea în contradicție unele cu altele. În cadrul acestui manual nu ne vom implica în discuțiile ocazionate de astfel de contradicții. Dezavantajul unei descoperiri într-un stadiu în care pacientul (încă) nu s-a plâns este acela că (numai) prin descoperirea bolii, el devine pacient. Aceasta poate, între altele, să cauzeze anxietate (frică) și îngrijorare, și poate avea consecințe sociale importante ca de pildă acceptarea rolului de pacient.

Contrabalansează aceste neajunsuri eventualele avantaje? Cu alte cuvinte: prevenția secundară va „adăuga ani la viață" sau „viață la ani"?

a Prevenția secundară trebuie să îmbunătățească prognoza sau să mărească șansele de viață micșorând dezavantajele unei boli, sau ambele.

b Cercetarea necesară pentru un diagnostic timpuriu trebuie să fie cât mai ușoară pentru pacient. Efectuarea unei hărți cervicale nu este neplăcută, însă efectuarea unei cercetări pentru depistarea polipilor pe colon este.

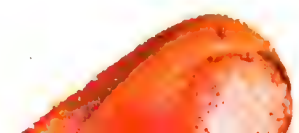
c Cercetarea trebuie să nu aducă nici un risc pacientului. În discuție este, de exemplu, riscul de iradiere pe care îl implică efectuarea mamografiei (fotografia cu raze X).

d Riscurile și dezavantajele eventualelor tratamente stabilite trebuie să fie de asemenea corelate cu câștigul pe care aceste tratamente îl pot aduce. Astfel, rezecția parțială de intestin gros, făcută pentru a descoperi și preveni eventualele noi formații în diverticolele colonului, ar putea fi o jertfă prea mare.

e Simptomele timpurii trebuie într-adevăr să conducă la apariția bolii într-un timp aflat, cu mare certitudine, între limite previzibile. Astfel, de exemplu, apariții timpurii ale unui diabetes mellitus, numai după o lungă durată ajung să fie urmate de manifestări diabetice. Acestea pot chiar să nu se manifeste. Pentru a lua decizii în legătură cu aceasta este necesară o mare pricepere în istoria naturală a unei boli.

f Dacă cineva vrea să reprezinte (screening) o boală, aceasta trebuie ori să aibă o astfel de frecvență, încât costurile, în amploarea lor, pot fi numite raționale, ori să fie atât de gravă, încât descoperirea bolii sa aibă consecințe foarte importante (care să facă acceptabile costurile, chiar dacă sunt ridicate). Un exemplu din ultima categorie este detecția timpurie a fenilcetonuriei care, în Olanda, este descoperită în aproape 10 cazuri din 173 000 de născuți vii. Printr-un tratament adecvat se poate preîntâmpina această suferință la copii.

g Pentru cercetare, trebuie să fie la îndemână și accesibilă o metodă care să fie și sensibilă (de finețe) și specifică. Sensibilitatea dă măsura în care cercetarea suferinzilor duce într-adevăr la identificarea unei afecțiuni. Dacă sensibilitatea este de 100%, nu vor fi nici un fel de false rezultate-negative. Specificitatea dă măsura în care cei ce nu suferă de o boală nici nu vor fi identificați ca suferinzi. O specificitate de 100% înseamnă inexistența rezultatelor fals pozitive. Ideale sunt cercetările care pot să dea un răspuns în termeni de DA sau NU. Cercetarea asupra fenilcetonuriei este



Scanned with OKEN Scanner

un astfel de exemplu. Acest test este și specific și sensibil. Testarea devine mai dificilă dacă este vorba despre interpretarea valorilor ei biologice, de exemplu, răspunsul la întrebarea la care valori ale presiunii sângelui se stabilește diagnosticul de hipertensiune?

h Trebuie să se propună ca ponderile costurilor (materiale și în resurse umane) să fie proporționale cu celelalte costuri ale sănătății publice, și în echilibru cu bugetul total. De asemenea, se poate vorbi de contrabalansarea costurilor și profiturilor: de exemplu, costurile screening-ului pentru fenilacetonurie trebuie să se echilibreze cu avantajele descoperirii acestor copii bolnavi.

ASPECTE ETICE

Această ultimă pondere (așa cum a fost numită la **h**) nu este în ultimă instanță o chestiune economică sau bugetară, ci una etică. Ce alegem, ce priorități formulăm în această convietuire? Răspunsul la această întrebare se regăsește în imaginea societății.

Evaluările etice trebuie deci, în ultimă instanță, să se transpună în decizii politice. Acestea nu sunt luate numai de către medici, ci de către toți cei ce trăiesc împreună. Totuși, medicul are o mare responsabilitate. El este dator să prevină comunitatea cu astfel de informații încât să contribuie la o bună modalitate de formare a procesului de decizie.

O altă problemă etică este următoarea: există riscul ca un diagnostic timpuriu al unei afecțiuni descoperite să influențeze condiția de salariat a cuiva. Este posibil ca, pe această bază, cineva să fie respins la angajare, în timp ce omiterea investigației pentru un diagnostic timpuriu nu (ar) pune în discuție angajarea. Nu este decis dacă efectuarea cercetării pentru diagnosticarea timpurie de către serviciul medical de întreprindere constituie o mai mare amenințare decât dacă cercetarea ar fi efectuată de către medicul de familie. Esențială este întrebarea în ce fel se asociază între ele rezultatele cercetării. Pacientul poate el însuși să solicite medicului de familie păstrarea secretului.

O a treia problemă de valoare etică este permisibilitatea de a supune unei cercetări pe cineva care se simte sănătos și nu formulează plângeri, în timp ce acesta știe că respectiva cercetare poate avea ca urmare declararea lui ca „pacient". Eu sunt de părere că asupra nimănui nu trebuie exercitate presiuni, nici directe, nici indirecte, pentru a-l forța să se supună unei astfel de cercetări.

TREBUIE MEDICUL DE FAMILIE SĂ EFECTUEZE CERCETARE PENTRU DIAGNOSTICUL PRECOCE ?

Există o mulțime de argumente pentru a conchide că este bine ca medicul de familie să se ocupe de diagnosticul timpuriu, dar și argumente conform cărora, într-o serie de privințe, el este indicat în mod proeminent.

Scanned with OKEN Scanner

În primul rând, medicul de familie, mai mult decât alte persoane, este în situația de a urmări pentru ce anume boli și afecțiuni există un risc mai ridicat la pacienții săi. El are, prin aceasta, ocazia de a se concentra în mod deosebit asupra acestor persoane. În cazul unei cercetări de ordin public (asupra populației în general) această concentrare nu este posibilă; o astfel de cercetare poate cel mult să compare ponderile reprezentate pe vârstă și sex. Asupra acestui punct vom reveni.

În al doilea rând, medicul de familie are ocazia de a corela împreună diagnosticul timpuriu și partea curativă a muncii sale. Dacă diagnosticul timpuriu are consecințe curative, acestea pot fi îndeplinite imediat. Dacă diagnosticul timpuriu nu are nici o consecință, nu este nevoie ca pacientul să fie încărcat emoțional, ceea ce, în cadrul diferitelor categorii de investigații (de genul înregistrării statistice a populației) este adesea preîntâmpinat („rezultatul nu este chiar așa de bun, duceți-vă deci la medicul dumneavoastră"). Medicul de familie poate să-și apere pacientul prin a efectua el însuși cercetări.

În al treilea rând, medicul de familie își poate proteja pacientul din punct de vedere social prin manipularea secretelor lui profesionale. Acest lucru a fost deja introdus.

Este de la sine înțeles că nu este nevoie ca medicul de familie să efectueze singur toate investigațiile. Pe de o parte, el poate face uz de personal ajutător, pe de altă parte, el trebuie să utilizeze laboratoarele și posibilitățile oferite de testele röntgen.

METODE ALE DIAGNOSTICULUI PRECOCE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

În practica medicului de familie sunt aplicate o serie de metode ale diagnosticului timpuriu. Acestea pot fi împărțite în următoarele categorii:

a cercetarea medicală periodică (CMP);
b înregistrări (screening-uri) simple și multiple;
c supravegherea grupelor cu risc ridicat.

Cercetarea medicală periodică (CMP)

În ultimii 20 de ani s-a urmărit, de către un număr de medici de familie și organizații, dacă CMP furnizează rezultate valabile. Aceasta și-a găsit deja locul din timp în cazul copiilor mici (sugari), preșcolarilor, școlarilor, gravidelor și al anumitor întreprinderi. Dintr-o analiză efectuată reiese[3] că controlul medical periodic este posibil să fie realizat de către medicul de familie.

O cercetare generală, completată cu o anamneză psiho-socială este atât de consumatoare de timp încât, în circumstanțele prezente, nu poate fi efectuată ca o rutină (poate cu excepția unor intervale, deja prea scurte, aplicate grupei vârstnicilor).

Scanned with OKEN Scanner

Ten Cate[4] a publicat rezultatele celei de-a doua runde (după 5 ani) ale unei cercetări medicale periodice a pacienților săi. El a cercetat 341 de persoane între 40 și 65 de ani din totalul practicii sale de 2 500 de oameni. În total, această cercetare a luat 400 de ore sau 8 săptămâni de lucru, a câte 50 de ore de activitate. Randamentul consumului de timp pare să nu fie ridicat: la doi pacienți a fost constatată o glicemie nedescoperită la timp, mai departe, au fost găsiți, în special la un test ECG, pacienți cu hipertensiune și cu anormalități, și de asemenea, au fost stabilite un număr de cazuri de artroză. Interesant este că, după cercetarea medicală periodică, 9 pacienți au suferit infarct de cord; 6 dintre aceștia avuseseră mai înainte un ECG normal! De asemenea, din alte cercetări medicale periodice care au fost efectuate în practici ale medicilor de familie, reiese că „producția" este slabă, iar efortul mare.

Înregistrări simple și multiple

Sub numele de „înregistrări" se înțelege o cercetare de masă în cadrul căreia cei vizați sunt cercetați din punctul de vedere al prezenței uneia sau câtorva boli și afecțiuni.

Cercetarea populației în privința tuberculozei (și a altor boli de plămâni) cu ajutorul mijloacelor ambulatorii dotate cu röntgen este un exemplu în acest sens. Și, mulțumită colaborării cu laboratorul de la CYT-U Universitar, la un număr de pacienți ai medicilor de familie au putut avea loc înregistrări ale tumorei canceroase cervicale prin intermediul analizei citologice a hărții cervicale. Fără nici un dubiu, toți nou-născuții sunt cercetați în privința fenilcetonuriei.

Van den Dool și Spoelstra[5] au cuplat, într-o cercetare a tuturor adulților din practicile lor, un număr de astfel de proceduri de înregistrare și au creat pentru aceasta *o procedură de înregistrare multiplă*. Ei au determinat înălțimea, greutatea, tensiunea arterială, nivelul gammaglobulinei în sânge și al proteinelor și zahărului în urină. Într-o înregistrare – ei au făcut această cercetare în repetate rânduri – a fost făcută, în același timp, și o electrocardiogramă; într-o altă înregistrare, s-a efectuat o cartografiere a membranei mucoase.

O foarte mare parte a lucrărilor poate fi încredințată personalului ajutător, dar aceasta presupune o bună administrare și organizare a practicii. Această modalitate de lucru este mai puțin consumatoare de timp decât cercetarea medicală periodică, dar cere totuși destul din timpul medicului de familie. Pe bună dreptate se pune întrebarea dacă asemenea înregistrări trebuie să se petreacă în limitele practicii medicului de familie, sau dacă trebuie încredințate unor centre (biometrice), organizate special pentru aceasta. În special în Statele Unite (de exemplu, în cadrul Kaiser Foundation, și în țara noastră (Olanda), în cadrul Philips Eindhoven) sunt în utilizare astfel de centre. Medicii de familie pot face uz la maximum de înregistrări puse la dispoziție de asemenea institute.

În legătură cu aceasta, următoarele scopuri atinse pot fi:

a Medicul de familie vine în contact într-un an cu 60% dintre pacienții săi; în trei ani, chiar cu 90%. Aceasta creează posibilitatea de a efectua cercetare

Scanned with OKEN Scanner

medicală preventivă de o manieră neforțată, neconstrângătoare, după ideea că „ei tot s-au prezentat".

b Medicul de familie dispune de o cantitate de date asupra pacienților săi, în special asupra afecțiunilor preexistente, obiceiurilor de viață, familiei și membrilor de familie. Medicul de familie este din această cauză în situația de a stabili factorii de risc ai pacienților săi.

Pe baza acestor două scopuri de urmărit, Van den Dool[6] a pus la punct o formă a ceea ce el a numit *medicina anticipativă*. În cadrul acesteia, au fost aplicate așa-numite metode de supraveghere: *un pacient vine cu o suferință sau un simptom și, în același timp este investigat și în legătură cu factorii de risc ce sunt deja prezenți.*

Avantajele acestei modalități de lucru sunt evidente:

a cercetarea rămâne particularizată la acele categorii de persoane la care riscul este mai ridicat; pentru aceasta se face uz de cele mai eficiente modalități, dintre mijloacele și resursele umane ce stau la îndemână;

b cercetarea pretinde noi structuri organizatorice, dar poate fi efectuată și în practică așa cum există;

c cercetarea are lor într-o arie aflată între întreprinderi (deci nu în cadrul lor), lucru pentru care caracterul ei amenințător și pericolul de a apărea consecințe ale faptului de a fi bolnav, sunt reduse la minimum;

d rezultatele cercetării vin direct sub ochii medicului de familie care poate să le ia în evidența directă; medicul de familie este în situația, mai bună decât a oricărui altuia, de a ține la curent, în mod adecvat, pe pacient cu rezultatele cercetării, astfel încât pacientul să se simtă cât mai puțin amenințat;

e contrar CMP-ului și înregistrării, această manieră de lucru nu contrastează cu munca curativă a medicului de familie; din contră, aceasta poate fi un suport al medicinii anticipative;

f așa se face că o parte a acesteia apare la inițiativa pacientului, care joacă un rol mai mare; cu trecerea timpului, pacienții învață să cunoască sistemul de supraveghere și să poată lua ei înșiși inițiativa de a-l susține.

Condițiile pentru supraveghere

Pentru un sistem de supraveghere bun, condiția este de a avea o administrație bună. Aceasta presupune ca grupurile de risc să fie „demarcate" și rezultatele cercetării să fie cu precizie și în totalitate consemnate. De asemenea, sistemul trebuie construit în așa fel încât pacienții care nu s-au prezentat la medicul de familie într-o anumită perioadă să poată fi încunoștiințați de posibilitatea de a face obiectul unei cercetări de supraveghere. Având în vedere că multe cercetări de supraveghere sunt implicit simple, acestea pot fi efectuate în mare parte de către asistentele(-ții) medicale(-i). Aceasta reduce încărcătura de lucru a medicului de familie, dar presupune din plin o structură organizatorică care să țină cont de specificul supravegherii. În capitolul 12 se va vorbi mai mult despre aceasta.

Scanned with OKEN Scanner

Categorii de grupe de risc

În cele ce urmează, pe baza scopurilor formulate mai înainte în acest capitol, scopuri ce se pot stabili pentru prevenția secundară, se conturează ideea că, pentru unele grupe de risc, supravegherea efectuată de către medicul de familie este, în mod respectabil și stimabil, plină de sens. Încă o dată, este vorba despre a stabili un diagnostic mai devreme față de apariția simptomelor. Așa se face, de pildă, că inhalarea toxică de lungă durată este considerată deja ca o posibilitate de tumoră canceroasă laringeală, și nu ca un punct de incidență pentru prevenția secundară.

Din continua relație (medic–pacient) și din aspectele personale ale medicinii practicate de medicul de familie, acesta este la curent cu un număr de *factori preexistenți*.

Boli suferite mai devreme. Unele exemple în acest sens sunt următoarele:

a O femeie, la care unul din mameloane a fost atins de o tumoare canceroasă, are o mare șansă de a face tumoare mamară canceroasă și la celălalt mamelon. Acest „celălalt sân" trebuie deci controlat regulat.

b După o rezecție de stomac, se poate dezvolta cu timpul o anemie pernicioasă.

c După o operație de stomac în urma unui ulcer ventricular, se poate dezvolta în timp o tumoare canceroasă.

Tratamente efectuate mai înainte; de exemplu, o iradiere röntgen supraestimată poate să aibă ca urmare o malignitate. În mod cu totul special, iradierea zonei jugulare în tinerețe poate avea ca urmare o tumoare a glandei tiroide.

Boli deja prezente pot mări pericolul de a provoca alte afecțiuni, ca de pildă în următoarele cazuri:

a Degenerarea grăsoasă în interdependență cu diabetul.

b Hipertensiunea cu urmări ca deranjamente ale sistemului vascular, anormalități cardiologice sau renale.

c Invaliditatea substanțială (considerabilă) poate atrage după sine urmări secundare, de exemplu, decalcifierea scheletului și atrofie musculară, ca urmare a insuficientei mobilități corporale (așa-numita invaliditate care invalidizează).

Tot de competență medicală sunt și *factorii familiali sau moșteniți* care constituie un risc mai mare. Exemple ale acestora sunt următoarele:

a Ocurența, apariția în familie a polyposis coli constituie un pericol de degenerare malignă.

b În familii cu hipercolesterolomie există pericolul ridicat de boli de inimă și vasculare.

c În familii cu decese datorate bolilor acute de inimă, există pericolul mărit de boli de inimă.

d În familiile cu diabetici, diabetul se poate contracta mai mult.

e În anumite familii, există o incidență mai ridicată a cancerului de sân, ceea ce presupune că femeile din familie sunt expuse la risc.

Scanned with OKEN Scanner

Situația de viață poate conține un număr de factori de pe urma cărora cineva poate suferi o ridicare a riscului.

a Fumatul duce la riscul ridicat de tumoră canceroasă la plămâni și de boli de inimă și vasculare. Combinația dintre mijloacele anticoncepționale orale și fumat mărește pericolul la afecțiuni cardiovasculare.

b Consumul exagerat de alcool poate duce la boli de ficat.

c Activitatea sexuală începută prea devreme și neregulată ridică riscul de tumoare canceroasă cervicală.

d O viață sedentară cu insuficientă mișcare fizică înseamnă un balast pentru inimă și circulația vasculară.

e Chiar și starea de spirit (condiția sufletească) poate conține un risc ridicat, de exemplu, în depresie se ridică șansa de suicid.

f Așa cum este bine-cunoscut, moartea recentă a unui partener mărește riscul de boală și chiar de moarte (a se vedea mai departe în capitolul 18).

g Conducerea mașinii sub stare de stres ridică pericolul de boală și de producere a accidentelor (vezi capitolul 5).

Locul de muncă poate de asemenea să conțină factori de risc. Inhalarea/ingerarea unora dintre produsele chimice devine dăunătoare cu trecerea timpului. Deja de mult cunoscută, este tumoarea canceroasă respiratorie provocată de substanțele din industriile care folosesc azbestul.

Durata de viață poate să constituie în sine un indicator al apariției unui risc ridicat.

a În cazul copiilor foarte mici, există totuși o imunitate slab construită la bolile infecțioase; ei sunt, de aceea, mai susceptibili de a le contracta.

b La vârstnici, există un pericol mai mare pentru „boli de bătrânețe" ca de pildă, glaucom, afecțiuni cardiovasculare și malignitate.

Activitatea sexuală poate de asemenea să aducă anumite riscuri, în special la femeie; mai multe șanse la afecțiuni ale organelor genitale decât la bărbați, șanse la efecte secundare ale anticoncepționalelor și o șansă în plus la infecții ale căilor urinare.

Folosirea anumitor medicamente poate conține anumite riscuri. Foarte multe medicamente se dovedesc a avea efecte colaterale care necesită control. Ar fi prea mult dacă le-am enumera aici în totalitate. Totuși, un mare număr de medicamente influențează capacitatea de conducere la volan (de exemplu, tranchilizantele), altele au influență asupra sistemului eritropoietic (de exemplu, butazolidina), și multe altele, asupra mucoasei tractului digestiv (de exemplu, aspirina); preparatele anticoagulante pot provoca sângerări. Anticoncepționalele orale se dovedesc a mări riscul la afecțiuni cardiovasculare la femei care deja au suferit mai devreme de afecțiunile: tromboză,

Scanned with OKEN Scanner

embolie, angină pectorală, infarct de cord și hiperlipidemie. De asemenea, combinația cu fumatul constituie un risc în plus. Decesul provocat de boli de inimă și vasculare este de aproximativ 5 ori mai mare la cele ce folosesc pastile anticoncepționale decât la cele ce nu le folosesc[7].

Factorii de risc nu sunt deci întotdeauna simpli. Riscul poate fi mărit printr-o combinație de factori prezenți. Pentru a rămâne la ultimul exemplu: pe măsură ce se avansează în vârstă, utilizarea anticoncepționalelor orale aduce cu sine mai multe riscuri. Modul complicat și complex al interdependenței factorilor de risc apare și din următoarele:

Diferite statistici ale deceselor arată că există o relație între muribund – deci bolnav – și apartenența la o anumită clasă socială. Un exemplu în acest sens este acela că în Anglia și Weles, în ultimii 40 de ani, muribunzi, suferind de o afecțiune de cord coronariană, apar într-o măsură mai mare la straturile sociale joase decât la cele înalte, mai ales la bărbați. Printre cauzele acestei diferențe s-au observat: se fumează relativ mai mult, o mai mare utilizare a zahărului și a pâinii albe, ca și prezența altor deosebiri (vezi nota 2).

Toate acestea înseamnă că medicul de familie este în situația de a specifica, pentru un număr de pacienți faptul că ei aparțin unui grup la care riscurile sunt mai ridicate.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 7

NOTA 1. MEDICUL DE FAMILIE, MEDICUL CABINETELOR ȘCOLARE

O parte a îngrijirii preventive a copilului are loc în practica medicului de familie, o altă parte este asigurată de birourile de consult pentru sugari și preșcolari și de medicii școlilor.

Asociațiile de Cruce Roșie au organizat încă de mult birouri de consult pentru sugari. Asistența pentru sugari a fost în fapt punctul de start al asociațiilor de Cruce Roșie. Scopul a fost acela de a reduce mortalitatea infantilă printr-o mai bună igienă și alimentație. Asistenta de cartier făcea această muncă. Când birourile de consult au fost puse pe roate s-a ivit necesitatea avizului dat de medic. Asociațiile de Cruce Roșie au antrenat medicii pentru a face această muncă câteva ore pe săptămână. Numai rareori aceasta a fost posibilă – a fost cazul mai ales în mediul rural – unde medicul de familie controla sugarii înscriși în circumscripția sa. Lucrul acesta a fost valabil și pentru preșcolari.

Controlul și avizarea priveau mai ales igiena și alimentația. Acum accentul cade pe dezvoltarea copilului. Acest control cuprindea, natural, circumstanțe ale prevenției primare (împotriva bolilor infecțioase) și ale prevenției secundare (diagnosticul timpuriu pentru boli primite sau achiziționate). Importante în acest sens sunt fenylcetonuria, luxația congenitală de coapsă, testiculele necoborâte, sindromul Down și malformații congenitale ale inimii[9].

Din punctul de vedere al continuității, aceasta poate ridica o obiecție, aceea că o astfel de cercetare nu este de făcut de către medicul de familie. Formele de început ale dezvoltării copilului pot aduce informații despre modelul de reactivitate ulterioară la boli. Interacțiunea dintre mamă și copil este de asemenea importantă pentru cunoașterea modelului. Medicul de familie are contact cu mama și copilul la cererea, în ultimă instanță, de rezolvare a suferințelor și bolilor.

Medicul școlar vede copilul de câteva ori în timpul cursului primar. Și aici este vorba, în afara descoperirii de anormalități și boli, mai ales de urmărirea dezvoltării copilului.

Dacă medicul de familie vrea să efectueze el însuși controlul sugarilor, preșcolarilor și școlarilor, și să înregistreze datele de dezvoltare ale acestora, atunci aceste date vor deveni foarte importante pentru cunoașterea evoluției ulterioare pe parcursul vieții, evoluției modelului de reactivitate și a dezvoltării corporale și mentale. Acum nu mai este cazul să fie transmise medicului de familie datele înregistrate.

Scanned with OKEN Scanner

NOTA 2. INEGALITĂȚI SOCIALE ÎN FAȚA MORȚII[1]

În Olanda nu este posibilă obținerea de cifre ale mortalității funcție de grupele de venituri, educație și profesionale. Aceasta este consecința felului în care sunt înregistrate decesurile. Acestea nu conțin date sociale. Datorită cercetărilor – și unor comparări parțiale – datele oferite de alte țări ne permit totuși o cunoaștere a acestui aspect. Este vorba de comparații cu Franța, Anglia și Norvegia, și chiar cu Australia.

Din datele australiene reiese că există o deosebire vizibilă între grupele profesionale. De exemplu, în 1970–1972, cifrele standardizate de deces (media la 1000) au fost, pentru specialiștii din domeniul social, tehnic și profesional, de 88,6, iar pentru muncitorii minieri și de explorări miniere, de 162,5.

Statisticile franceze iau în calcul expectanța de viață pe diferite categorii profesionale. Din tabelul 7–1 reiese că durata medie de viață după vârsta de douăzeci și cinci de ani la învățători este de 40,9 ani, iar la muncitorii necalificați este de 32,9 – o diferență de opt ani. Remarcabil este între altele,

Tabelul 7–1
Șansa de viață (între 35 și 75 de ani) și durata de viață medie după vârsta de 35 de ani. Franța, bărbați, perioada 1955–1971.

Categorii profesionale	*șansa de viață între 35 și 75 de ani (la 1000)*	*durata medie de viață după vârsta de 35 de ani*
profesori	574	40,9
cadre superioare și profesii libere	551	40,5
RK-spirituale	524	39,5
cadre medii (în general)	518	39,3
tehnicieni	507	39,0
cadre medii (sector particular)	489	38,5
proprietari agricoli	473	38,0
supraveghetori	472	37,8
muncitori calificați (în general)	446	37,3
funcționari (în general)	448	37,2
vânzători și furnizori	460	37,6
funcționari (sect. particular)	448	37,4
muncitori practicanți (în general)	406	36,0
muncitori calificați (sect. particular)	380	35,6
muncitori agricoli	356	34,8
muncitori practicanți(sect. particular)	362	34,7
muncitori necalificați	310	32,9

Scanned with OKEN Scanner

faptul că cei ce lucrează în sectorul de stat au o mai lungă durată de viață decât cei din sectorul particular. Unele explicații posibile ar fi a criterii mai stringente de selecție în sectorul de stat, prin care cei cu sănătate șubredă sunt eliminați, b condiții de muncă mai puțin grele, c mai puține accidente de muncă, d un nivel mai ridicat al educației. Văzute în timp, șansele de viață pentru toate categoriile se pare că s-au îmbunătățit între 1955 și 1971, în afara muncitorilor agricoli, muncitorilor calificați (sectorul privat) și muncitorii practicanți.

Agricultorii și muncitorii agricoli din Norvegia au, din contră, cea mai ridicată șansă de viață, iar funcționarii, cea mai scăzută. Din rândul ultimilor fac parte mai ales oamenii de serviciu, personalul hotelier, personalul din serviciul domestic (cameriste, bucătari etc.). De asemenea, la personalul pentru munca de jos în navigație, pescari, mineri, muncitorii din porturi, reprezentanți (cei ce fac munca de reprezentanță) și la artiști, cifrele de deces sunt ridicate.

În Anglia se găsesc cifre analoge. În clasele superioare, expectanța medie de viață este de 70,91 de ani, în cele de jos, de 65,79 de ani – o diferență de 5,12 ani. Diferența este vizibilă mai ales la vârstele între 20 și 34 de ani.

Suntem înclinați să punem diferențele din statisticile de deces în legătură cu următorii factori:

a a lucra sau nu în aer liber;

b diferențe în venit, educație și cunoștințe/informații medicale (prevenție);

c riscuri legate direct de muncă (zgomot, materiale toxice, oboseală, mașini și altele asemenea).

Diferențele dintre clase în privința morții sunt aproape în totalitate de regăsit în cauzele decesului, iar acestea se ierarhizează în același fel. Cele mai indiscutabile diferențe sociale exprimate în diferențele în privința morții se referă la bolile parazitare, accidente, otrăviri și violență, boli ale organelor respiratorii, alcoolism, ciroze la ficat (Franța), și boli de inimă și circulatorii. O caracteristică de remarcat este cifra scăzută de deces la bolile de mai sus la agricultori și muncitorii forestieri, și cifra ridicată de deces la muncitorii necalificați, muncitorii din transporturi, personalul din magazine, personalul hotelier, personalul administrativ (Australia), comercianți și comis-voiajori (Franța). Cifra mai scăzută în cazul agricultorilor este relativ mai scăzută funcție de o serie de noi forme de muncă în acest sector.

De asemenea, s-a cercetat determinarea cifrelor ridicate de deces de către anumite cauze ale morții. Astfel a reieșit că *ciroza la ficat* (abuzul de alcool, alimentația inadecvată) este strâns corelată cu exercitarea unor profesii: sectorul hotelier, navigație, ziariști, scriitori, medici, antreprenori. De asemenea *sinuciderea* este destul de corelată cu profesia: persoanele din sectorul medical (au la dispoziție mijloace), forestieri, telegrafiști, matrozi (singurătatea).

Se consideră, în general, că anumite profesii sunt alese tocmai pentru că acestea sunt mai permisive la o situație sănătoasă de muncă. Nu profesia determină cauza morții, ci *alegerea profesiei*. Deci, profesia exercitată este o indicație pentru apartenența la grupele de risc ridicat.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 A se vedea, de ex., *Rezultate la încheierea stagiului de etică socială*, Institutul voor Huisartsgeneeskunde. Utrecht, 1978–1979.

2 Rouwenhorst, W., *A fi sănătos se învață?*, Disertație, Utrecht, 1977.

3 Beek, A., *Practica cercetării medicale periodice în activitatea medicului de familie*, Assen, 1966.

4 Cate, R. S. ten, „Rezultate ale celei de-a doua runde ale cercetării medicale periodice din practica medicului de familie", *Medicul de familie și știința*, 1973, 16, 299.

5 Dool, C. W. A. van den, „Depistarea bolilor cronice în practica medicului de familie; posibilitate pentru prevenția secundară", *Medicul de familie și știința*, 1970, 13, 3.

6 Dool, C. W. A. van den, „Medicina anticipativă", *Anuarul Medical 1977*, Utrecht, 1977.

7 *Buletinul mijloacelor de însănătoșire*, 1977, 13, 8, 27.

8 Marmot, M. G., A. M. Adelstein și col., „Schimbarea distribuției pe clase sociale a bolii de inimă", *British Medical Journal*, 1978, 1109.

9 Vrij, A. „Grija pentru sănătatea celor mai tineri. Copilul vitreg al medicinii medicului de familiei?, *Medicul de familie și știința*, 1980, 23, 46.

10 Poppel, F. van, „Inegalitatea socială în fața morții" continuă să fie o realitate în apus", I și II, *Demografia, buletin al Institutului Interuniversitar Demografic*, 1978, 32 și 33.

Scanned with OKEN Scanner

8 Medicul de familie și medicina curativă

Cea mai mare parte a muncii medicului de familie se referă la sarcini curative. Se pare că acestea nu pot fi înțelese numai conform schemei anamneză–cercetare–diagnostic–terapie. Conținutul ajutorului curativ acordat de medicul de familie este determinat, între altele, de locul pe care acesta îl ocupă în cadrul sistemului serviciilor medicale. Acesta determină cât de departe trebuie să meargă medicul de familie cu diagnosticul și terapia, care aspecte ale acestora vor fi antrenate, în ce situații trebuie stabilită o colaborare și cu cine. Poziția lui în prima linie determină de asemenea ce date anume vor fi culese și cum vor fi implicate în activitatea lui.

Medicul de familie poate face uz în activitatea lui de date provenite din parcursul vieții pacientului (aspecte personale), el poate aduce împreună datele fizice (corporale), spirituale și sociale (medicina integrală), și el poate antrena activ datele privind starea medicală a familiei întregi. În interiorul acestui cadru, medicul de familie manipulează tehnici parțiale care sunt folosite și în alte ramuri ale medicinii, cum sunt investigarea fizică, oferirea de avize, sfaturi și prescrierea medicamentelor.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Deși medicul de familie desfășoară o importantă activitate preventivă, părerea pe care oamenii și-o formează despre el se bazează mai ales pe activitatea curativă. Activitatea curativă este și ea foarte importantă. De aceea noi vom urmări îndeaproape procesul de asistență curativă acordat de medicul de familie și vom analiza o parte a factorilor ce-l influențează.

Este la îndemână să considerăm că procesul de acordare a ajutorului depinde de natura solicitării. Există o mare diferență între un pacient care pare să aibă numai dreptul la cineva care să asculte ceea ce el vrea să spună, și un pacient care are nevoie de cineva care se implică adânc în procesul de boală.

Acordarea ajutorului se desfășoară altfel în cazurile de urgență decât în cazul pacienților cronici, altfel în cazurile ușoare decât în cazul unui muribund. Totuși, vom încerca să descriem o serie de aspecte ale *structurii de fond* a procesului de acordare a ajutorului și ne vom referi numai incidental la diferența cauzată de situații neobișnuite.

Înainte ca procesul de acordare a ajutorului să fie abordat, se vor face câteva remarci.

În primul rând, se va vorbi despre semnificația întrebării ce fel de medic al familiei vrea cineva să fie, determină într-o măsură mare conținutul activității de diagnosticare și a celei terapeutice.

În al doilea rând, vor urma unele remarci asupra direcționării diagnosticului, în special în medicina medicului de familie. Apoi, se vor discuta unii factori externi; factori care nu decurg din relația dintre pacient și medic, ci din „plasarea" lor acolo unde sunt activi.

Apoi se va discuta analizarea procesului de acordare a ajutorului.

CE FEL DE MEDIC DE FAMILIE VREA CINEVA SĂ FIE ?

Așa cum vom demonstra, procesul de acordare a ajutorului de către medic este un continuu proces de decizie. Mereu se decide care va fi pasul următor. Pentru o serie de ramuri ale medicinii, acești pași sunt relativ aceiași. Acesta este, de exemplu, cazul intervențiilor chirurgicale, în care o anumită manevră tehnică este construită pe cea precedentă. De asemenea, procedurile de tratament ale unor boli sunt mai mult sau mai puțin stabile, până când cunoașterea aduce cu sine schimbarea acestora. Procedurile stabile sunt în mare parte rezultatul experiențelor trecute, al cercetării științifice și al deliberării în comun. Datorită faptului că în medicina de specialitate se lucrează din ce în ce mai mult în echipă, crește necesitatea de a delibera, de a stabili de comun acord ce este de făcut și de a stabiliza procedurile. Formarea echipei este abia la început în medicina medicului de familie, de aceea procedurile stabilizate abia dacă sunt dezvoltate.

Scanned with OKEN Scanner

Aceasta nu este însă singura cauză. Câmpul medicinii familiei este atât de vast, încât este dificil să se dezvolte modelele de decizie în toate componentele și procedurile lor. În sfârșit, dar nu mai puțin important, este faptul că medicul de familie trebuie să stabilească singur, în cea mai mare măsură, ce fel de decizii vrea să ia.

De aici decurge că, la un medic de familie, culegerea datelor necesare pentru specificarea urmăririi, formularea diagnosticului sau luarea unui hotărâri cu privire la terapie va avea un conținut diferit față de cel al unui alt medic de familie. Din multitudinea de date, unul va face o selecție, iar altul, o alta. Pentru anumite componente, aceasta nu este valabilă. Ca un exemplu, o dată remarcate simptomele unui „abdomen acut", atunci este clar că urmează o trimitere la un chirurg. Dacă un pacient are bronhopneumonie, atunci este indicată prescrierea de antibiotice.

Există deci anumite „fragmente", și anume cele medico-somatice, în legătură cu care trebuie urmate procedurile necesare chiar și în medicina medicului de familie. Lucrul acesta nu se bazează numai pe necesitatea medicală. Sunt multe alte reguli nescrise de conduită care contribuie la determinarea necesității. De exemplu, în anumite zone, există obiceiul ca paracenteza unei otite medii să fie efectuată de către un specialist, deși medicul de familie poate foarte bine să o facă. Activitățile medicului de familie sunt deci codeterminate de prevalența obiceiurilor și de așteptările pacientului care decurg din acestea.

Se disting diferite tipuri de medici.

a La una din extremele unui continuum stă medicul care își propune să depisteze un proces de boală posibil sfârșind prin a o vindeca cât mai bine. Într-o astfel de abordare medico-tehnică, centrală este „vindecarea".

b La cealaltă extremă a continuum-ului se află medicul pentru care acordarea de ajutor constă în asistarea celui ce solicită, la nevoie fiind ajutorul. La acest medic, centrală este „îngrijirea". În realitate, nici un medic nu se află exclusiv numai la unul din poli, ci, întotdeauna, undeva între ei. În orice caz, o „îngrijire" bună este de negândit fără ca aspectul „vindecare" să nu fie reprezentat în mod optim.

Activitățile medicale trebuie să fie efectuate în funcție de libertatea pacientului de a decide asupra propriei lui condiții. Această libertate se cade să fie în ultimă instanță un scop (în sine). Libertatea ca scop ultim înseamnă că este recunoscut dreptul pacientului la a hotărî asupra propriei stări și propriei sănătăți. Aceasta necesită în mod primar o activitate de avizare din partea medicului de familie, care poate negocia verbal asupra a ceea ce pacientul consideră acceptabil. Acest „ceea ce găsește acceptabil" („consimțământ") poate însă să nu se petreacă. Datorită bolii, nevrozei sau tulburărilor psihice, pacientul poate să nu fie în stare să ia o decizie liberă. Atunci, recăpătarea libertății este un scop: medicul de familie se va lupta să combată lipsa de libertate existentă datorită bolii și tulburării psihice, astfel încât pacientul să trăiască în libertate cât mai mult cu putință. Rezultă deci că libertatea, demnitatea și valoarea umană sunt centrale în activitățile medicului.

Scanned with OKEN Scanner

EFECTUAREA DIAGNOSTICULUI

Formularea unui diagnostic joacă un rol important în procesul de acordare a ajutorului. Se spune chiar, în medicina modernă, că activitatea terapeutică nu este posibilă în lipsa formulării unui diagnostic. Aceasta ridică întrebări asupra a ceea ce este într-adevăr diagnosticul. Este un termen cu variate înțelesuri.

Un diagnostic este exprimat de preferință în termenii unei *etiologii*, ca de pildă gonoree sau infecție pulmonară datorată unui bacil Koch. Dar aceasta are sens mai ales dacă, pentru cauza bolii, există o terapie potrivită.

Un diagnostic poate fi exprimat și în termenii unei vizibile *anormalități* anatomo-patologico-biochimice, de exemplu ulcer duodenal și hepatită infecțioasă. Și aceasta poate forma baza unei terapii.

În afara unghiului activității terapeutice, diagnosticul este important și din punctul de vedere al prognosticului. Viitorul unui pacient nu este definitiv determinat de diagnostic. La acest viitor contribuie și condiția, vârsta, prezența altor boli, sistemul nervos. Din aceasta se deduce că un diagnostic inechivoc, bazat pe etiologie sau pe anormalitate, nu constituie un fundament suficient pentru activitatea medicului. Efectuarea unui diagnostic poate fi suficientă pentru înregistrarea cazurilor epidemiologice. Bacteriologul sau anatomo-patologul pot acționa la un diagnostic mono-cauzal; el chair trebuie să-l țintească. Clinicianul însă nu rămâne aici.

Care anume elemente joacă un rol în diagnosticare depinde de locul pe care un cadru medical îl ocupă în sistemul sănătății publice și de caracteristicile disciplinei din care face parte. Este de la sine înțeles că diagnosticul medicului de familie este co-determinat de munca lui în prima linie. El este în stare să formuleze un număr de diagnostice pe baza anamnezei și cercetării. Formularea altor diagnostice necesită aparatură mai avansată și o cunoaștere mai adâncă. În astfel de cazuri, medicul de familie poate veni cu un diagnostic probabil, în timp ce formularea lui exactă revine unui specialist (nota 1). În ambele cazuri, diagnosticul contează ca bază a urmăririi pe mai departe.

Dar un medic de familie poate stabili o formă de urmărire în absența unui diagnostic etiologic sau anatomo-patologic. El este adesea forțat s-o facă. Diagnoza constă deci dintr-un număr de evaluări și concluzii care pot forma baza unui prim pas spre soluționarea problemei, ca de pildă în diagnosticul formulat în sensul de mai sus.

Diagnoza medicului de familie poate fi stabilită adesea numai în termeni descriptivi, stabilindu-se diferitele elemente ale procesului de boală și suferinței de care se plânge pacientul.

Dar situația de muncă a medicului de familie nu conține numai o *limitare* a diagnosticului și terapiei, ci chiar și *posibilități* specifice. Acestea sunt constituite mai ales de caracteristicile medicinii medicului de familie: aspectele personale (= cursul vieții), integrale și de familie. Medicul de familie poate solicita date despre cursul vieții pacientului care au atât semnificație diagnostică cât și terapeutică, de pildă boli avute mai înainte, alergii existente, utilizarea de mijloace medicamentoase, anumite reacții psihologice la boală și la asumarea ei. De la totalitatea informațiilor personale ale pacientului se

Scanned with OKEN Scanner

pot desprinde informații despre influența stresului, date asupra circumstanțelor de viață, despre reacțiile psihice la boli fizice și despre urmările sociale ale tensiunilor și emoțiilor. De la aspectele medicinii de familie se pot prelua cunoștințe despre interacțiunea din familie, elementele genetice și altele asemenea.

Nu este numai plin de sens, dar este chiar o chestiune de datorie a medicului de familie ca aceste aspecte specifice, aceste posibilități aduse de medicina de familie să fie preluate în diagnosticare. Numai astfel de diagnoze formează baza acordării ajutorului de către medicul de familie și, pe deasupra, aduc informație suplimentară în beneficiul prognosticului, mai mult decât un diagnostic monocauzal.

FACTORI STRUCTURALI

Munca curativă a medicului de familie, formularea diagnosticelor și tratarea bolilor și afecțiunilor, nu este determinată numai de ceea ce se petrece între pacient și medicul de familie; o influență deosebită o au o serie întreagă de factori structurali din care se pot aminti:

a Pacienții care solicită ajutorul medicului de familie nu sunt preselectați, ca în cazul solicitării specialistului. Aceasta înseamnă că medicul de familie, în considerațiile sale, trebuie să țină seamă de existența sau nu a unei boli, mult mai mult decât un specialist. Lucrul acesta necesită o altă abordare. Specialistul acceptă din principiu ideea că solicitantul este suferind, până la proba contrarie. Acest fapt determină natura și forma cercetării sale. Medicul de familie trebuie însă să plece de la ideea că solicitantul este sănătos până când proba contrarie devine probabilă. Dacă el nu procedează astfel, atunci cercetarea va avea toate consecințele pentru pacient: daune provocate pe teren somatic (riscuri ale cercetării), psihologic (inducerea rolului de pacient) și social (absența de la muncă).

b Procesul de acordare a ajutorului este parțial influențat de măsura în care medicul de familie face uz de investigațiile paraclinice. Medicul de familie care, ca și specialistul, poate utiliza metode de diagnostic de laborator, röntgen, etc. Desigur că medicul specialist, care dispune de o dotare mai bună poate merge, mai departe decât medicul de familie care nu dispune, sau dispune pe scară limitată de astfel de dotări.

c Acordarea ajutorului va depinde de asemenea de alte forme de ajutor accesibile în prima linie a serviciilor medicale. Acestea influențează atât asupra diagnosticului cât și asupra terapiei. Dacă, de exemplu, un medic de familie poate coopera cu un asistent social, atunci el este obligat să facă trimiteri de o manieră responsabilă. Aceasta înseamnă, între altele, că el trebuie să ajungă la o stabilire de indicații împreună cu pacientul. Lucrul acesta necesită o adâncire a diagnosticului, o specificare crescândă a lui, mai mult decât dacă nu ar fi nici o posibilitate de abordare a altor forme de ajutor în prima linie. Același lucru este valabil pentru cooperarea cu fizioterapeutul. Activitatea terapeutică a medicului de familie este și ea sub influența circumstanțelor existente: dacă acestea nu există sau accesibilitatea la ele este

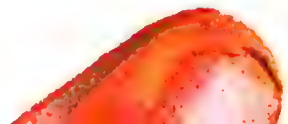
Scanned with OKEN Scanner

nesatisfăcătoare, atunci medicul de familie se va simți dator să efectueze singur asistarea terapeutică.

d De asemenea posibilitățile care țin de a doua linie a serviciilor medicale determină activitatea de diagnosticare și terapie a medicului de familie. Astfel, trimiterea unui copil cu afecțiune cardiacă congenitală la cardiolog sau pediatru are sens atunci când există posibilități terapeutice dezvoltate de cardiochirurgie. Influența noilor metode de cercetare sau tratament folosite de către specialiști poate cere medicului de familie noi exigențe.

e Într-o altă ordine de idei vine fazarea activității de diagnosticare și terapeutice de către medicul de familie, prin care el introduce factorul *timp*. Medicul captează procesul printr-o aproximare a riscului pe care o suferință sau un simptom îl poate conține. Dacă acest risc este mare, procesul de diagnosticare se derulează repede. Acesta va fi cazul unor stări acute (de exemplu, durere în piept), dar și cu dureri sau simptome care pot fi indicative pentru o afecțiune malignă. Dacă riscul este apreciat într-o primă instanță ca scăzut, atunci medicul de familie așteaptă până când stabilește un diagnostic. El cântărește deci atât evoluția bolii cât și eventuala reacție la medicamente drept criterii pentru activitățile următoare. De pildă, dacă un pacient are diaree și prezintă puține alte simptome de boală, atunci se va stabili mai întâi un tratament simptomatic. Numai când simptomele se mențin pe o mai lungă durată decât era de așteptat în primă instanță sau când pacientul devine mai bolnav, va încerca medicul de familie, cu ajutorul analizei fecalelor, de exemplu, să meargă mai departe cu diagnoza. Din aceasta decurge faptul că, în medicina familie, diagnosticul și terapia constituie mai puțin decât în alte ramuri ale medicinii un proces de succedare liniară a fazelor: în practica medicului de familie, ele sunt aproape confundate. Aceasta pare a fi în contradicție cu ideea că o terapie poate fi instalată numai pe baza unei diagnoze. Dar aceasta nu este întotdeauna o necesitate, iar adesea nu este posibilă; de multe ori se cuvine instalarea unui tratament simptomatic justificat de o cât mai bună taxare a situației, de un diagnostic în curs sau de o suferință exprimată. Cel mai adesea, medicului de familie nu îi este permis să amâne tratamentul pâna la stabilirea fundamentală a unei diagnoze; pacientul ar suporta dureri în mod nenecesar. Trebuie să fim conștienți însă că, după instalarea unui tratament, a merge mai departe cu diagnosticarea este o necesitate. Această manieră de lucru conține ultimativ riscul ca taxarea efectuată să fie greșită. Medicul de familie trebuie să racordeze suficiente mecanisme de feed-back pentru a reduce la minimum un astfel de risc. Cu toate acestea, principala cauză a criticii formulate de cei din afară privind medicul de familie rezidă în această manieră de lucru.

Dată fiind situația lui de lucru, medicul de familie este în general în stare să urmeze traseul unui proces. El va putea elimina un număr de boli, suferințe și simptome care sunt de natura celor „auto-limitative" (presupunând refacerea spontană) prin introducerea factorului timp. Altele vor necesita, datorită agravării sau unor evoluții surprinzătoare, mai mult efort din partea medicului de familie.



Scanned with OKEN Scanner

PROCESUL DE ACORDARE A AJUTORULUI DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE

Clarificarea solicitării

Este de datoria medicului de familie să stea alături de solicitant pentru a înlătura inhibițiile pe care le-ar putea avea, astfel încât el să poată lua decizii în stare de deplină cunoștință. Prima întrebare este dacă pacientul are nevoie de ajutorul altora, și dacă da, atunci ajutorul poate fi acordat de către medicul de familie sau de către alții. Răspunsul la această întrebare trebuie dat cât mai repede deoarece acesta are consecințe asupra decurgerii procesului de acordare a ajutorului[1]. Totuși este adesea posibil ca răspunsul să apară numai într-o fază ulterioară (nota 2). Pentru aceasta este necesară obținerea de foarte multe date. Esențial este ca o suferință corporală să nu fie privită numai ca un simptom al unei posibile boli corporale și diagnosticată ca atare, ci, în același timp, și ca un semnal care ar putea avea o cu totul altă semnificație. De exemplu, o suferință poate fi exagerată pentru că solicitantul este speriat că ar suferi de o boală gravă sau pentru că trăiește sub tensiune și deci a se declara bolnav este o formă de ieșire de sub tensiune, sau pur și simplu pentru că vrea să fie liber un timp.

Este de la sine înțeles că, înainte de a acorda ajutor și înainte de a hotărî cine va fi antrenat în procesul de ajutor, de o mare însemnătate este să se știe dacă pacientul se plânge pentru că are neplăceri și suferă sau pentru că este speriat de ceea ce se întâmplă cu el. Medicul de familie trebuie ca, împreună cu pacientul, să vadă care sunt așteptările pacientului față de ceea ce i se întâmplă. Medicul de familie va trebui să ceară consimțământul asupra activității lui. Dar solicitantul nu este întotdeauna conștient de ceea ce el însuși solicită. Convorbirea cu medicul de familie este necesară și pentru a procura pacientului această clarificare.

Culegerea informațiilor

Pentru a ajunge la o judecată, medicul de familie trebuie să dispună de informații. Acestea sunt necesare atât pentru clarificarea solicitării (așa cum este formulată), cât și pentru formarea ipotezelor. Pentru culegerea de date, medicul de familie efectuază o serie de activități[2]: luarea anamnezei, consultarea corporală, cercetarea completă, activități terapeutice, trimiterea la un specialist. Culegerea informațiilor de către medicul de familie posedă un număr de caracteristici speciale.

a De o foarte mare însemnătate este faptul că, în cea mai mare parte a cazurilor, pacientul este cunoscut din contactele precedente. Există deci mereu la îndemână informație care poate fi activată. Influența acesteia este atât de mare, încât adesea medicul de familie poate formula ipoteza înainte ca pacientul să spună ceva sau înainte să aibă loc contactul, de exemplu dacă este cerută o vizită la domiciliu. Aceasta înseamnă, între altele, că formarea ipotezelor are loc mereu, într-un stadiu al procesului de culegere a informațiilor.

Scanned with OKEN Scanner

b Recunoașterea factorilor de risc existând la un pacient influențează de asemenea diagnosticul și terapia.

c Într-o serie de cazuri – cum este vizita acasă – pacientul poate fi observat în propriul său mediu, ceea ce procură de asemenea informații.

Aceste caracteristici comportă utilizarea aspectelor personale (ale cursului vieții), integrale și de familie în activitatea medicului de familie.

Culegerea datelor este deci un pas în procesul de acordare a ajutorului de către medicul de familie. *Care* anume date sunt culese depinde de ceea ce el consideră a fi relevant pe baza cunoașterii și priceperii lui. Alegerea datelor depinde de sistemul de valori al medicului[3]. Acesta este bazat pe anumite valori personale, profesionale și culturale.

a *Personal.* Medicul poate să vrea să neglijeze, să nege anumite aspecte, iar altele să le supraaccentueze. Starea pacientului poate fi interpretată de aceea din punctul de vedere al criteriilor și pragmaticii medicului. Ele pot fi deci proiectate asupra pacientului. De asemenea, părerile personale pot juca un rol important.

b *Profesional.* Relevanța anumitor informații poate fi predeterminată de modelele medicale în uzanță. Astfel, un medic orientat către antroposofie sau homeopatie va culege alte fapte decât un medic „obișnuit".

c *Cultural.* Posedare de către medic a anumitor norme și valori existente într-o cultură vor contribui la determinarea relevanței datelor.

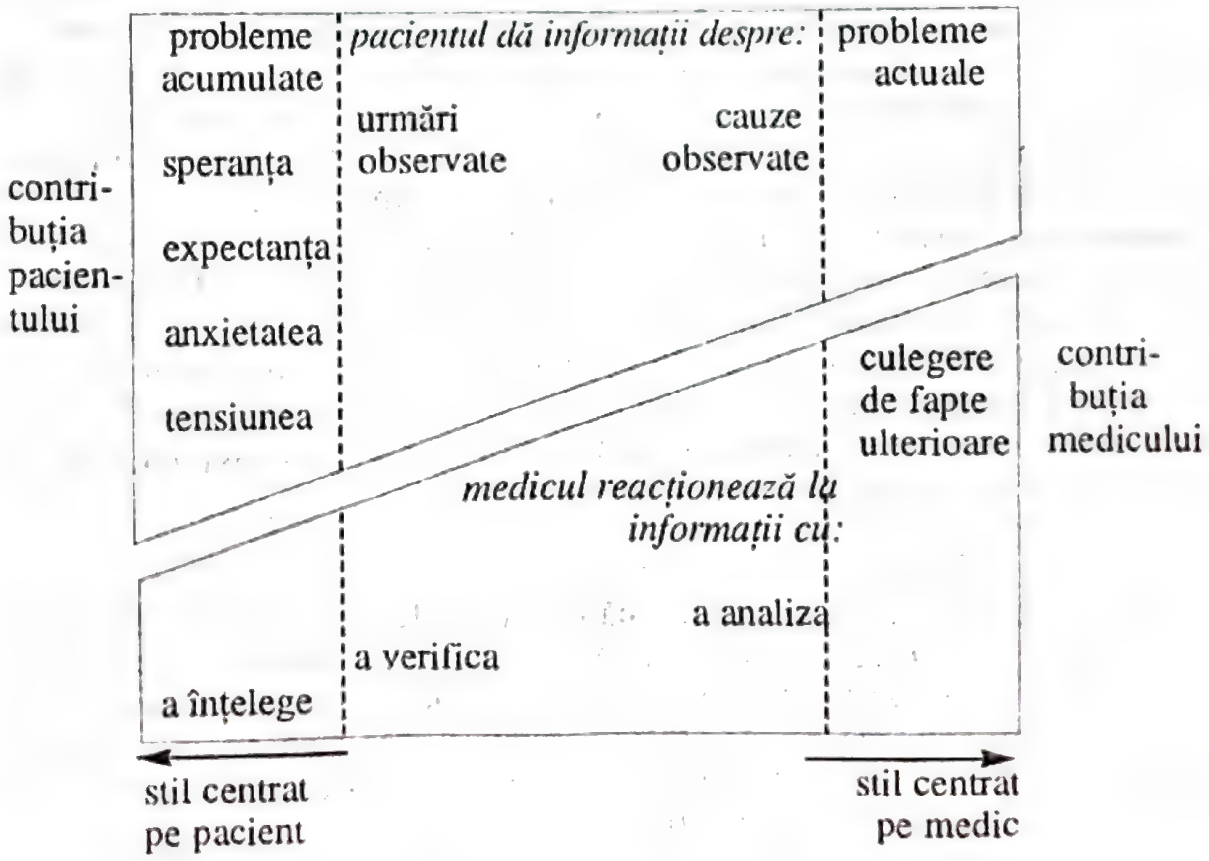


Figura 8–1
Diferite forme de consult (după Wright și Macadam)

Informația este culeasă în diferite modalități. O parte este deja cuprinsă în memoria sistemului de fișe sau în sistemul computerizat al medicului de familie (vezi nota 3). Datele actuale sunt de achiziționat numai prin contactul medic–pacient. Se pot, în principiu, deosebi *două metode* de culegere a datelor[4].

a Metoda „centrată pe doctor". Medicul este cel care conduce convorbirea, el formulează întrebările și, adesea, acestea sunt întrebări directe. Metoda nu prea lasă loc exprimării emoțiilor, sentimentelor și altor stări asemănătoare.

b Metoda „centrată pe pacient". Acum pacientul este cel ce pune în discuție ceea ce constituie subiectul convorbirii. Medicul ascultă cu atenție, eventual formulează întrebări deschise și încurajează pacientul să se exprime liber.

A doua metodă oferă o mult mai mare șansă pentru o clarificare a solicitării și pentru aducerea la ordine a acelor aspecte pe care pacientul le apreciază ca fiind importante. În această *metodă-crater sau estuar*, medicul de familie trebuie să fie, într-o primă instanță, receptiv, preia informații verbale și neverbale și încearcă să nu ajungă direct la o părere.

Datorită faptului că prin această metodă medicul de familie face loc pacientului, acesta se va simți imediat la largul lui și va da informațiile care sunt relevante pentru el. Medicul este mai puțin în pericolul de a pierde ceva din motivele pe care le are pacientul cu privire la solicitarea ajutorului. O astfel de abordare pare a fi prolixă, dar de foarte multe ori reiese în final a fi cu mult mai puțin consumatoare de timp, scutind de eventualele neînțelegeri. Pe deasupra, experiența ne-a învățat că, printr-o astfel de metodă, zeci de informații care altfel ar fi trebuit extrase numai prin tractanamneză (chestionarea sistematică asupra diferitelor dureri și simptome pe sisteme de organe), sunt acumulate acum aproape spontan. Cea mai mare dificultate a acestei abordări este de a asculta cât mai nemișcat cu putință. Această metodă este de promovat mai ales la începutul unei relații medic–pacient. Din când în când, de pildă, în cazul formulării unor întrebări la obiect, metoda poate deveni una „centrată pe medic". Întrebările la obiect vor fi adesea necesare pentru ca anumite supoziții să fie scoase în evidență înainte de a fi eliminate.

Formarea ipotezelor

Din cercetări variate[5, 6] rezultă că existența de presupoziții la medicul de familie antrenează întrebarea ce se întâmplă acum cu pacientul. Formarea de ipoteze are loc înainte chiar ca medicul să dispună de toate datele. În procesul de acumulare a datelor, acestea sunt culese astfel ca ipotezele să fie fie dovedite fie respinse. Această manieră de lucru este numită *metoda ipotetico-deductivă*.

Ipotezele capătă formă din existența unor elemente:

a *natura suferinței:* suferințele și simptomele trimit diagnosticul, de la sine înțeles, într-o anumită direcție;

Scanned with OKEN Scanner

b *persoana pacientului:* medicul de familie se așteaptă la un anumit diagnostic pentru un pacient mai mult decât la altul pe fondul datelor genetice, familiale și personale; apartenența la un „grup de risc ridicat" trimite investigarea spre o anumită direcție;

c *medicul de familie:* cunoașterea și preocuparea lui cu privire la ceea ce este de făcut sunt de asemenea determinante pentru proces.

Ipotezele capătă consistență urmând o ordine, de exemplu un proces care cel mai adesea este numai pe jumătate conștient. În acest proces, sunt determinante următoarele elemente:

1 Frecvența afecțiunii. Dacă o boală apare des, diagnoza se formează mai repede.

2 Gravitatea afecțiunii. Nu numai latura statistică are de jucat un rol, ci și consecințele pe care un diagnostic le are asupra pacientului și asupra activităților medicului. O boală gravă necesită cu deosebire intervenția, de aceea, ea trece înaintea altor considerații. Medicul nu vrea să greșească!

3 Potențialul de tratare a unei boli joacă de asemenea un rol. Un diagnostic al unei boli pentru care se poate face ceva pare a fi mai repede formulabil decât diagnoza pentru care nu se poate întreprinde prea mult. Posibilitățile de care dispune medicul în această privință depind și de situația lui de muncă. Asupra acestui aspect important se va vorbi mai jos.

4 Probabilitatea (de apariție) unei boli la un pacient. La un pacient care a avut o tumoare, metastaza va fi prima luată în considerație. Datele referitoare la viață pot și ele să conducă la considerarea unei diagnoze.

5 Dacă medicul de familie *nu cunoaște* un diagnostic, el nici nu îl va putea lua în considerare. Pe fondul experienței lui trecute, medicul de familie poate deține o preocupare certă cu privire la o anumită diagnoză. O experiență recentă cu un diagnostic poate duce la formularea acestuia și la următorul pacient (aceasta rezidă cu siguranță în fenomenul cunoscut ca „Duplicitatea cazurilor sigure").

6 Concepția medicului de familie joacă un mare rol. Dacă pentru un medic de familie, principală este abordarea specifică medicinii de familie, el va ierarhiza informațiile mai repede pe această direcție; ceea ce este valabil și pentru alte feluri de abordare (psiho-somatică, psihologică, relațională etc.).

Se pare că medicul nu poate formula mai mult de cinci ipoteze deodată. Această manieră de lucru are sens pentru că, cu ajutorul ipotezelor, este structurat repede haosul și multitudinea datelor cu care medicul este confruntat; ipotezele acționează ca niște unde, ca trasee pentru soluția unei probleme de geometrie. Dar în această manieră deductivă rezidă și unele riscuri. Se pare, în primul rând, că o prea mare subiectivitate se ascunde în alegerea și ierarhizarea ipotezelor; formularea acestora poate de aceea (dar și datorită unei limitate cunoașteri și experiențe) să se diferențieze numai pe o scală limitată. Pe al doilea loc stă posibilitatea psihologică de a lăsa să cadă ipoteza o dată formulată și de a relua tot procesul ipotetico-deductiv de la început. În al treilea rând, această manieră de lucru se potrivește cel mai bine la operarea cu conceptul de boală, prin care a fi bolnav este asociat cu a avea o afecțiune,

Scanned with OKEN Scanner

caz în care medicul este orientat către natura afecțiuni din punct de vedere anatomo-patologic și biochimic.

Semnificația situației de muncă. Diagnosticul este într-o măsură importantă co-determinat de scopul pe care îl are medicul, iar acesta, la rândul lui, este influențat de instituția în care acel medic lucrează. Instituția determină, la rândul ei, expectațiile cu privire la un anumit medic. De la un chirug se așteaptă să efectueze o operație fără greșeală conform unei indicații precise. Pentru aceasta el trebuie să dețină o fundamentare bună a diagnosticării. Diagnosticul său este deci de fundamentat în direcția naturii și extinderii procesului de boală, pentru ca operabilitatea să fie stabilită. Medicul de familie, din contră, va satisface modul de gândire al pacientului dacă îl va trimite la timp la specialist. Pentru el este suficient dacă presupune necesitatea tratamentului chirurgical. În funcție de cât de largă este cunoașterea lui în calitate de clinician, el va putea formula mai precis indicația necesară.

Pe deasupra, ca medic de familie, el are de a face cu tipul de viață al pacientului, cu semnificația pe care o eventuală intervenție o are pentru pacient și familia sa etc. El trebuie să direcționeze activitățile de diagnosticare către aceste aspecte. Aceasta înseamnă că stabilirea datoriilor doctorului este determinată prin intermediul diagnosticului său: medicul de familie are alte probleme decât chirurgul, iar descrierea problemei de rezolvat este determinată prin intermediul diagnosticului.

În acest fel, se manipulează modele diferite de boală, la care sunt cuplate diferite modele de diagnosticare ce trebuie să fie folosite. Despre aceasta s-a vorbit în capitolul 4 în legătură cu problematica clasificării bolilor. Clasificarea, care este aplicată la un domeniu sau o specialitate, nu este întotdeauna relevantă la orice situație de diagnosticare. Diagnosticul este încă și mai mult determinat de posibilitățile terapeutice care stau la dispoziție: „diagnosticul trebuie să fie un mâner pentru terapie“[7].

Importantă din acest punct de vedere este concluzia la care a ajuns Rooymans[8] într-o cercetare asupra a ceea ce poate face probabil diagnosticul psihiatric, conform căreia, un medic alege mai repede un diagnostic pentru care dispune de un tratament, decât un diagnostic pentru care nu dispune de tratament. Trebuie să se realizeze că este nevoie, pe de o parte, de teorie pentru a putea observa – se vede numai ceea ce este de așteptat să se vadă – dar că, pe de altă parte, teoria poate bloca observarea. Istoria medicinii dispune de exemple de acest fel.

Rooymans descrie diferiți factori care influențează credibilitarea, încrederea diagnozei. El acordă atenție în acest sens, mai ales factorilor care rezidă în diagnoza însăși, deși și alții pot avea o semnificație. Vom enumera aici o serie de factori care și pentru medicina familiei pot juca un rol.

Din cercetări asupra activității psihiatrilor reiese că, la o comparare a diagnozelor diferiților medici pe același pacient, aceștia cad de acord asupra clasării lor în grupe principale de diagnosticare, în 60–70% din cazuri, iar în 40–50% din cazuri, ei cad de acord asupra clasării în categorii mai adânc specificate, diferențiate. Acordul dintre medici a fost cel mai ridicat în cazul tulburărilor bio-organice, în cazul neurozelor a fost cel mai scăzut.

Scanned with OKEN Scanner

Acest nivel scăzut al acordului în diagnosticare nu este un fenomen tipic psihiatrilor; el apare des și în ramurile somato-clinice. Dintr-o cercetare a lui Fletscher rezultă că numai opt din douăzeci de pacienți cu emfizem au fost diagnosticați ca atare. Alte cercetări relevă că citirea fotografiilor röntgen beneficiază de un acord în 70–80% din cazuri. Același lucru se întâmplă, natural, și în practica medicului de familie, iar acesta este observabil mai ales în cazurile de trimitere la specialist. măsura apariției acordului depinde de următorii factori:

a Gravitatea tabloului bolii. Ajungerea la un același diagnostic – și deci încrederea în acel diagnostic – devine mai mare funcție de patologia pe care un tablou mai grav o demonstrează. Dar noi am vorbit deja de faptul că tocmai cazurile ușoare și bazele de început ale bolilor grave sunt cele ce nu beneficiază de o bună diagnosticare în medicina familiei.

b Priceperea dovedită în convorbirea anamnetică. Priceperea în a lua o anamneză influențează diagnoza; nepriceperea poate duce la scăparea anumitor aspecte. Pe deasupra, din cercetarea lui Rooymans reiese că mai ales datele culese la prima anamneză au avut o mult mai mare influență asupra diagnozei decât cele de mai târziu. Parțial, aceasta s-ar putea explica prin aceea că, în mod obișnuit, se culeg mai întâi acele date care sunt considerate ca importante. Și aceasta cu atât mai mult cu cât procesul de formare a ipotezelor începe adesea foarte de timpuriu. Aceste prime date vor avea, de aceea, influența principală.

c Gândirea stereotipă. Diagnosticul poate fi influențat de utilizarea diagnozelor care nu acoperă simptomatologia apărută la un pacient. Se utilizează astfel stereotipuri care stau în calea identificării, recunoașterii nuanțelor din simptomatologie. Cunoașterea unui număr de sindroame poate aduce cu sine înclinația medicului de a forța suferințele pacientului să intre în schema dorită. Aici lucrează și mecanisme, descrise în capitolul 6 ca fiind „ținuta apostolică a medicului", prin care pacientul și mai ales suferințele sale sunt prezentate astfel încât să se potrivească stereotipurilor medicului.

d „A simți despre ce este cazul." Rooymans indică astfel că o serie de medici, pe baza a numai câtorva date, au deja un „simț al cazului"; ei iau repede o poziție fată de diagnosticare, din care nu se mai poate ieși ușor. Judecata lor este predeterminată, ceea ce face ca informația ulterioară să nu fie luată în seamă sau să fie privită numai într-o anumită lumină. Și la medicul de familie apare adesea acest „a simți despre ce este cazul". Adesea, medicul de familie crede că știe despre ce este vorba chiar și numai când pacientul apare la ușă. O contribuție însemnată o aduce cunoașterea pe care medicul de familie o are deja despre pacient. El știe, în ultimă instanță, care este starea motorie a unui pacient și poate evalua din ochi cam care sunt modificările. Astfel se poate recunoaște o depresie, o anemie, o pierdere în greutate etc. De asemenea, sunt cunoscute suferințele și bolile de care a fost tratat pacientul mai înainte, ca și reacțiile lui la anumite situații. Acestea pot fi de neprețuit pentru diagnostic și terapie. Durerile de coloană apărute la o pacientă care a suferit o amputare mamară îl vor conduce pe medicul de

Scanned with OKEN Scanner

familie, cât mai repede cu putință, la considerarea unei metastaze osoase. Nu rareri se poate ca un mesaj telefonic să fie suficient pentru ca medicul de familie să aibă deja un diagnostic în vedere când se îndreaptă spre casa pacientului (vezi nota 4).

Alături de avantajele pe care toate acestea le au, există și aspecte cu care nu suntem de acord. Medicul poate fi atât de preocupat de propria manieră de gândire, încât să nu mai audă ce-i spune pacientul; sau se poate ca medicul să fie atât de „axat" pe pacient încât să nu mai înregistreze ca nenormale semne ca paloarea sau adipozitatea. Tocmai datorită acestor rațiuni este important ca un pacient să fie uneori văzut și de către un alt medic, deși relația continuă cu propriul său medic rămâne de o valoare inestimabilă. Este vorba aici, conform lui Rooymans, de o prejudecată, (termenul „prejudecată" sau „înclinare" [„bias" = lipsă de neutralitate] este manipulat de Rooymans cu mare precizie; este vorba literalmente de pre-judecată asupra factorilor care intervin influențând emiterea unei judecăți), care este ancorată în cunoașterea explicită și în experiență. Faptul că anumite boli și suferințe apar mai des la unul din sexe sau la anumite vârste influențează de asemenea diagnosticul. Un medic va considera o infecție a căilor urinare, de exemplu, mai repede la o femeie decât la un bărbat, o arterioscleroză, mai repede la un bătrân decât la un tânăr, iar în cazul unui marinar, se va gândi repede la o boală venerică.

e Prejudecata datorată instituției. O prejudecată se prefigurează adesea în funcție de instituția în care este prezentată. Medicul de familie are un mod de gândire bazat pe experiența lui cu pacienții în această instituție (în acest caz, cel al practicii medicului de familie). Rooymans arată, de pildă, că un psihiatru din spital ajunge mai repede la diagnosticul de psihoză, în timp ce un psihiatru din policlinică va ajunge mai repede la diagnosticul de neuroză! La un pacient cu tuse, un medic al familiei va ajunge mai repede la diagnoza de infecție a căilor respiratorii, un medic pneumo-ftiziolog, la o afecțiune mai malignă.

f Există de asemenea prejudecăți individuale care influențează procesul de diagnosticare. Concepțiile și trăirile personale ale medicului pot conduce la eliminarea sau, dimpotrivă, supraaccentuarea anumitor probleme (ca cele sexuale). Culoarea pielii poate fi iar o prejudecată în a manipula anumite teorii, de pildă cu privire la psihogeneza unei boli. În același timp, considerația pe care un medic o are pentru un pacient poate influența diagnosticul; la un pacient simpatic nu se va grăbi cu diagnosticul de isterie, în timp ce la unul morocănos, acesta poate fi „pedepsit" cu un astfel de diagnostic devaluant. Interesantă în acest cadru este cercetarea lui Elliot-Bins[9] care conchide că vizitele uitate de medicul de familie (cererea de a se duce la domiciu este notată, dar vizita rămâne neefectuată) se referă mai ales la pacienții cu care medicul a avut experiențe neplăcute.

Scanned with OKEN Scanner

Dată fiind „lipsa de neutralitate" personală și general medicală, medicul de familie are de-a face în mod deosebit cu prejudecăți decurgând din situația lui de muncă; și anume, acestea se formează prin cunoașterea istoriei trecute a pacientului, a bolilor de care acesta a suferit și de modelul lui de reactivitate, ca și de cunoașterea de către medic a mediului pacientului, a factorilor ereditari și a existenței stresului și a altora asemănătoare.

Diagnostic fără prejudecată nu există. Cel mai adesea, aceasta se poate foarte mult fructifica pentru că prejudecățile îl pot ajuta pe medic să găsească repede calea în labirintul suferințelor prezentate. Ele pot duce însă și la scurtarea căii, prin, de pildă, o inadecvată formare a teoriei. Dacă o prejudecată antrenează o anumită evaluare, aceasta poate conține mari riscuri. Despre lecția clinică descrisă în *Jurnalul Olandez de Medicină* privind un hippy cu păr lung, care locuia într-o casă de prostituție, s-au scris cărți întregi. Când acest tânăr a fost adus, în comă, la spital, diagnosticul primar formulat a fost de abuz de droguri, mai târziu însă s-a dovedit că el avea o meningită.

Testarea ipotezelor

Pe dată ce plângerea a fost formulată și imediat ce aceasta a căpătat o formă clară, se formează tot felul de ipoteze și ele sunt supuse unui proces de consolidare sau eliminare. Eventual, se formulează noi ipoteze. Ca urmare, se vor culege mai multe date pentru a asigura certitudinea. Aceasta se petrece prin chestionarea mai adâncă a pacientului asupra obiectului plângerii, prin consultul corporal și eventual, prin cercetarea, investigarea completă.

Crombie[10] a înregistrat, pentru 304 de pacienți noi, cu ce fel de metode de diagnosticare s-a ajuns la un diagnostic și ce marjă de siguranță posedă acest diagnostic. A rezultat că la 16 pacienți diagnoza a fost posibil de formulat numai pe baza anamnezei; la 129 de pacienți, alături de anamneză, a avut loc și o investigare la fața locului (inspecția gâtului, urechii, palparea unei glande și altele de acest fel). La 106 pacienți a trebuit lărgită investigarea până la a cuprinde un sistem de organe, iar la numai 19 pacienți (6%) a fost indicată o cercetare corporală completă.

Brouwer[11] a înregistrat 110 „noi" diagnoze din practica lui pe parcursul unei săptămâni. A rezultat că în 47 din 110 cazuri s-a putut stabili o diagnoză nosologică (grecescul *nosos* = boală, *nosologie* = știința de clasificare a bolilor), anamneza și consultul (inspecția) dovedindu-se suficiente. O diagnoză probabilistă s-a putut stabili în 27 de cazuri (ca gripă, comoție cerebrală, etmoidită și depresie psihică); la această categorie a trebuit să se ia în considerare ce fel de afecțiune zace pe fondul suferinței. În 31 de cazuri, era vorba de un simptom fără anormalități vizibile fizic-diagnosticabile (ca mialgie, diaree, tuse, durere de stomac, durere de cap și oboseală), în timp ce în 5 cazuri a trebuit să se lucreze cu diagnostic diferențial care nu s-a putut definitiv declara în acel moment, ca de pildă o hipertrofie de prostată sau tumoare de prostată, bronhopneumonie sau semne de cataractă. (Introducerea în aceste grupe este relativ arbitrară; abia dacă se poate obține o privire globală.)

Este limpede că medicul de familie nu poate satisface decât o cercetare limitată într-un relativ mare procentaj de cazuri. Dar lucrul acesta este benefic

Scanned with OKEN Scanner

pentru că altfel el nu și-ar putea efectua munca din prima linie a serviciilor medicale. Una din condițiile funcției lui de diagnosticare este aceea de a învăța să guverneze „triajul" (= selectarea pacienților; termenul este împrumutat din medicina militară, privind selectarea victimelor). Dintr-o cercetare a lui Buma[12] în zece circumscripții, reiese că medicul de familie vine în contact cam cu 1, 5% din pacienții săi, zilnic; 30% dintre aceștia prezintă un caz nou de boală, iar restul se referă la o repetare a contactelor. Aproximativ 50% din toate contactele pot fi manipulate mai mult sau mai puțin obișnuit de către medicul de familie; ele se referă la investigații, activități și sfaturi simple. Pentru puține procente este necesară o investigare intensivă. Aproximativ 15% din contacte sunt consacrate supravegherii sau controlului pacienților cronici, în timp ce între 15 și 20% din contacte se referă la pacienți cu probleme de familie, pentru care este necesară acordarea unui ajutor intensiv multidisciplinar.

Medicul de familie face uz, pentru o serie de cazuri, de teste complete de laborator și röntgen. Majoritatea medicilor de familie dispun de astfel de mijloace în domeniul lor[13].

Conceperea procesului decizional în activitatea medicului de familie

Se acordă o atenție din ce în ce mai mare procesului de diagnosticare din medicină. „Știința decizională" formală și-a făcut încă de mult apariția. Aici se vor face numai câteva remarci globale despre aceasta.

Spuneam că medicul își formează, dintr-un stadiu timpuriu, unele ipoteze, care se cer apoi testate. Aceasta înseamnă că medicul de familie vrea să-și mărească șansa de a formula un diagnostic exact prin intermediul culegerii de informații complete (anamnetice, consult corporal sau investigații în profunzime). Factorul, elementul, șansa „a priori" poate fi limitat(ă) înainte ca cercetarea să fie efectuată. Acest element depinde de populația cu care are de a face medicul respectiv. Astfel, șansa, riscul de tumoare canceroasă la întreaga populație este foarte scăzut. El este însă mai ridicat la nivelul practicii unui medic de familie. În practica unui chirurg sau a unui oncolog, care tratează decisiv pacienții trimiși de medicul de familie, riscul a priori de existență a unei tumori canceroase mamare este cel mai ridicat. Aceasta are drept consecință faptul că în practica unui medic de familie efectuarea unei cercetări complete este ceva mai puțin indicată decât într-o practică oncologică.

Riscul a priori determină într-o mare măsură valorile previzibile pe care le ia rezultatul testului. Atât unul cât și celălalt pot fi exprimate cantitativ, ponderal și numeric, dar pentru aceasta este necesară deținerea de informații de bază ca frecvența de apariție a afecțiunilor într-o populație. Astfel de informații pot fi culese în cadrul studiilor de morbiditate.

Ca ilustrare, urmează un exemplu statistic în care sunt comparate valorile previzibile ale unei mamograme nenormale (VW+) cu ale unei mamograme normale (VW−) la tipuri de pacienți cu diferite riscuri a priori de cancer de sân. Acest exemplu statistic beneficiază de o senzitivitate și specificitate a testului de 90 și respectiv 85%.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 8–1
Rezultatul mamogramei funcție de riscul a priori[14]

Tipul de pacient	riscul a priori	VW+	VW-
1. Fără plângeri la medic, populația gen.	0, 2%	-1, 2%	99, 99%
2. 20–30 de ani, se prezintă cu nodul pe sân la medicul de familie	5, 0%	24, 0%	99, 38%
3. 50–60 de ani, se prezintă cu nodul pe sân la medicul de familie	40, 0%	80, 0%	92, 72%

Alternativele în diagnosticare, ca și în strategiile terapeutice pot fi formulate în „arborele decizional". În acesta sunt fixate diferitele momente de alegere și se formulează, cu o precizie cât mai mare, cifra și proporția valorilor probabile, previzibile ale diferitelor operații efectuate. Astfel reiese, de exemplu, că, în cazul unei investigații a posibilității de tumoare canceroasă mamară, șansa ca aceasta să „aleagă" o femeie de 60 de ani diferă de „alegerea" unei femei de 25 de ani. Considerațiile clinice sunt ferm stabilite, ca pondere și numeric, în arborele de ramificare a deciziei.

Abordarea din perspectiva științei decizionale constituie un fundament și o justificare a diferențelor din activitatea de diagnosticare a medicului de familie și din cea a specialistului.

Urmărirea ulterioară

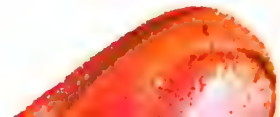
O dată testate ipotezele, pasul următor trebuie stabilit. Într-o serie de cazuri, se poate formula o diagnoză în sens clasic, pe baza căreia se poate construi un plan de acordare a ajutorului, al terapiei, inclusiv. În alte cazuri, nu se poate formula un diagnostic. Totuși o decizie trebuie luată și urmărirea ulterioară trebuie efectuată.

Alegerea dintre a aștepta și a avansa cu procesul de diagnosticare este determinată de mulți factori.

a Semnificația unei plângeri sau a unui simptom. Dacă acestea, de pildă, trimit la o afecțiune malignă, investigația ulterioară devine absolut necesară.

b Gravitatea pe care o manifestă o suferință va face încă și mai necesară mergerea mai departe. La o sângerare neextinsă a nasului, medicul de familie va aștepta; una mai persistentă face tamponarea necesară.

c Semnificația pe care un simptom o are *la* un anumit pacient. Lucrul acesta este valabil mai ales la pacienții la care există un risc ridicat dată fiind prezența unei anumite boli. Pentru un pacient care, ca urmare a unei afecțiuni maligne, a suferit o amputare mamară, iar acum suferă de dureri de coloană,



Scanned with OKEN Scanner

se va face repede o radiografie a coloanei vertebrale pentru a decide dacă este sau nu cazul de metastază, decât la o pacientă care nu are o astfel de manifestări.

d Semnificația pe care o plângere sau un simptom o au *pentru* un pacient. Dacă acesta se va simți foarte amenințat de ceea ce i se întâmplă, medicul va fi mai înclinat să meargă mai departe cu diagnosticarea.

e Agravarea sau vindecarea nesatisfăcătoare a unei afecțiuni va duce la o prelungire a procesului de diagnosticare.

f Riscul pe care îl aduce cu sine o adâncire a cercetării, investigării. Dacă, de pildă, trimiterea la un specialist presupune efectuarea unei cercetări care nu este fără risc, aceasta este un factor inhibant.

g O investigare poate constitui pentru pacient o pierdere de timp, durere și poate constitui un impediment.

h Extinderea investigației poate costa timp pentru laboratoare, diferitele organizații și medicul de familie. Formularea de priorități este deci foarte importantă; timpul consacrat unui pacient este luat din timpul pentru un altul.

i Costurile investigației extinse. Costurile joacă un rol din ce în ce mai mare. Se pare că aplicarea de proceduri nelimitate de diagnosticare a devenit deosebit de costisitoare în medicină. Din ce în ce mai mult, se prefigurează necesitatea de a formula priorități ale costurilor. Medicul de familie are deci și o sarcină economică, de a veghea asupra costurilor. Cercetarea duce, pe deasupra, la vizibile absențe de la lucru, ceea ce are de asemenea o importantă consecință economică.

Este important să se aibă în vedere că atunci când sunt atât de mulți factori de atât de diferite naturi în cântărire, luarea unei decizii poate diferi de la un caz la altul. Procesul de alegere și realegere între a aștepta și a merge mai departe este însă executabil numai atunci când amândoi, medicul și pacientul, sunt gata să colaboreze într-o manieră ce conține un risc responsabil. O astfel de ținută de viață depinde mai ales de cultura – inclusiv religia – în care aceștia trăiesc, dar încă și mai mult de calitățile personale. Factorii discutați ca participând la procesul decizional al medicului de familie sunt schematizați în figura 8–2.

DELIBERAREA ASUPRA DIAGNOSTICULUI ȘI LIMITAREA ACORDĂRII DE AJUTOR PE MAI DEPARTE

O dată stabilită un diagnostic, în sensul celor discutate la începutul acestui capitol, trebuie să se specifice urmărirea pe mai departe. O întrebare-cheie este dacă pacientul are nevoie de un ajutor profesional, și dacă da, este acesta de acordat de către medicul de familie însuși, de alți profesioniști din prima linie, sau de specialiștii din a doua linie?

Într-o manieră responsabilă, trebuie avute în vedere, garantate și promovate, capacitatea și libertatea pacientului. Aceasta cere un răspuns adecvat la întrebarea de mai sus. Mai ales în cazul bolilor evident mai puțin periculoase ca cele „auto-limitative", autoajutorul pacientului poate fi pro-

Scanned with OKEN Scanner

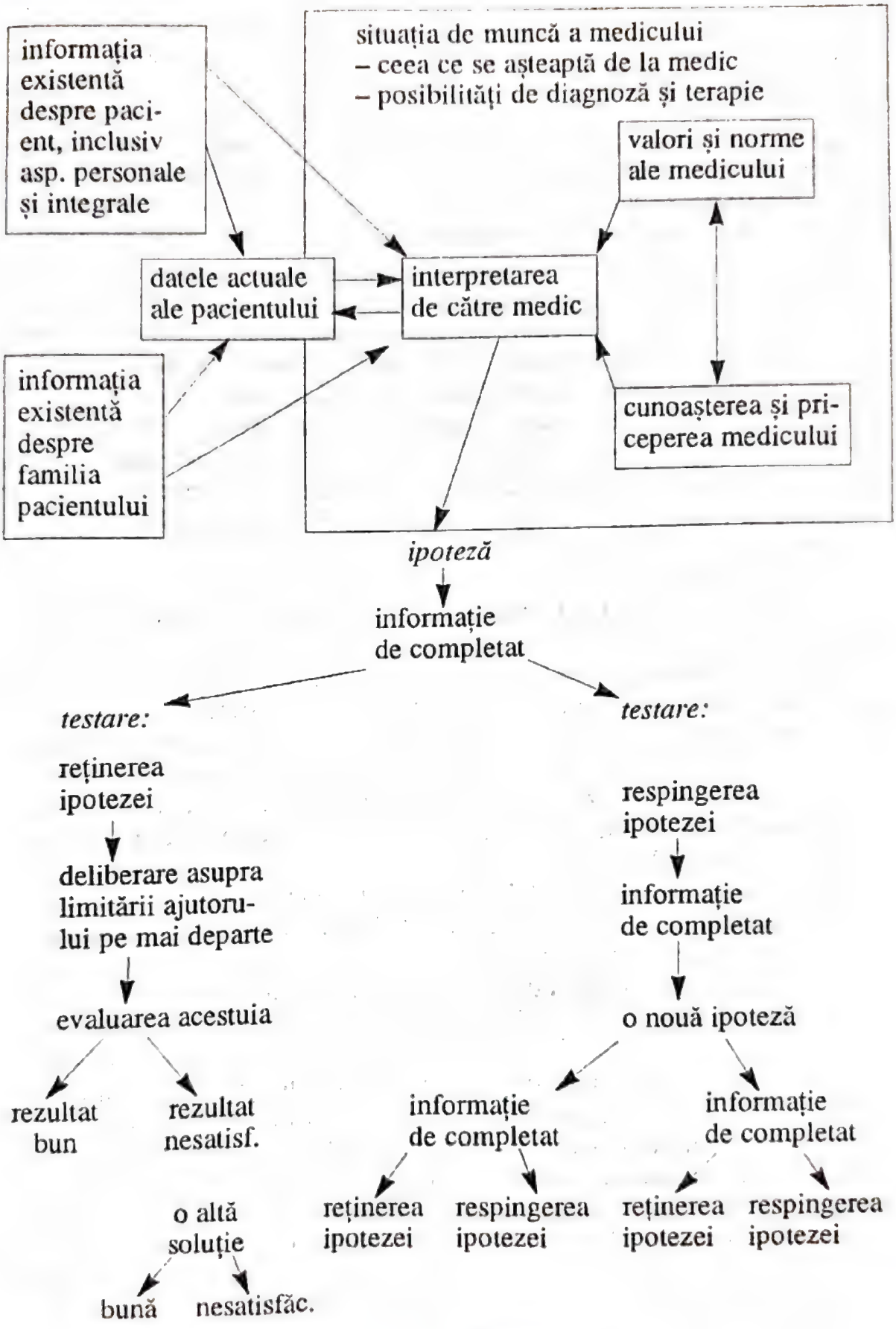


Figura 8–2
Fazele procesului decizional al medicului de familie

Scanned with OKEN Scanner

movat cu responsabilitate. Acesta este cazul și atunci când nu este vorba de o boală. Medicul de familie va trebui în orice caz să cântărească avantajele și dezavantajele acordării pe mai departe a ajutorului. Această cântărire este procesul prin excelență decizional din munca medicului de familie și el cere o mare pricepere și co-participare umană. Medicul de familie trebuie să discearnă riscurile daunelor provocate (iatrogene). Aceste daune pot fi regăsite pe diferite terenuri:

a Un tratament medicamentos poate duce la efecte nedorite și secundare.

b Un sfat asupra stilului de viață poate duce la o intervenție profundă în existența individului. Avizele referitoare la dietă au influență asupra întregii familii, mai ales asupra celor ce pregătesc mâncarea. Sfaturile cu privire la muncă influențează poziția social-economică a familiei. Adesea, sfaturile medicale au urmări imprevizibile, influențează și stilul personal de viață.

c Trimiterea la un specialist poate avea ca urmare o extindere a investigării sau o internare în spital. Există mereu riscuri asociate diferitelor metode de investigare, în timp ce internarea în spital presupune contactul cu noi surse de infecție (coli, bacterii coch rezistenți la antibiotice) ca și prejudiciile aduse de ședererea la pat.

d Foarte importantă este dauna adusă de inducerea rolului de pacient. Cercetarea și tratamenul în sine pot induce pacientului și celor din mediul său ideea de poziție ieșită din comun, mai mult decât este nevoie. Cu totul excepțional, medicul poate contribui la o *somatizare, fixare somatică*. Prin aceasta se înțelege concentrarea pe probleme manifestate cu deosebire corporal, neglijându-se faptul că acestea pot avea și alte componente. Lucrul acesta se întâmplă mai ales când se formează ideea existenței unei boli vomatice, chiar și în cazurile când corporalitatea, este (numai) o formă de manifestare, a bolii sau, de explodare a altor probleme (vezi nota 5 și, de asemenea, capitolul 10).

e Dacă cineva se află în rolul de pacient, faptul acesta poate aduce cu sine dezavantaje sociale cum ar fi absența de la lucru, impedimente în construirea carierei, respingerea de la o funcție.

Pe de altă parte, medicul de familie trebuie să cântărească foarte bine la ce restrângeri este supus pacientul dacă se menține ajutorarea lui profesională.

a Pe parcursul procesului de acordare a ajutorului există posibilitatea ca o serie de cunoștințe utilizate să se schimbe. Datorită neobținerii rezultatului așteptat conform unui anumit tratament, ipoteza acesuia poate fi respinsă și una nouă să se formeze (diagnose ex juvantibus). La o întrerupere prea timpurie a ajutorului profesional, acest „feed-back" nu mai există.

b Dacă medicina oferă într-adevăr posibilități de ușurare a suferinței sau de însănătoșire, atunci este nejust ca acestea să fie refuzate unui solicitant.

Cântărirea avantajelor și dezavantajelor trebuie să aibă loc pe baza argumentelor științifice. Dată fiind existența de elemente incompatibile care se confruntă, un rol foarte important este jucat de decodarea, cunoașterea semnificației fiecărui element. Lucrul acesta nu depinde numai de

Scanned with OKEN Scanner

cunoașterea profesională, ci și de concepția, normele și valorile la care subscrie medicul de familie. Procesul de cântărire nu poate fi efectuat de medicul de familie în mod unilateral. Pacientul trebuie să primească atâta informație încât să poată decide. Lucrul acesta este important dacă se pune problema trimiterii la un specialist sau a continuării sau nu a asistenței. O bună deliberare asupra acestora poate preveni inițiativa de autoajutorare a pacientului în caz de întrerupere a ajutorului din partea medicului de familie. Luarea unei decizii unilaterale poate fi o faptă inumană.

ACORDAREA AJUTORULUI DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE

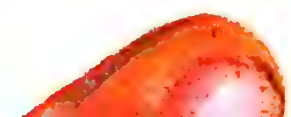
Dacă se ia decizia că ajutorul va fi acordat de medicul de familie însuși, atunci se deschid variate căi. El poate da pacientului *informație* faptică (factuală), va servi ca *avizor, sfătuitor*, poate *prescrie* reguli de viață și altele, sau el poate aplica una din formele de *terapie conversațională*. Alături de acestea, el aplică un tratament *medicamentos* sau poate efectua o intervenție. Primele patru forme de ajutor au loc în cadrul uneia sau mai multe convorbiri, consultații cu pacientul.

Convorbirea cu pacientul

Din cele arătate mai sus reiese că discuția cu pacientul poate servi mai multor scopuri.

a Informarea pacientului nu trebuie să lipsească din nici un proces de acordare a ajutorului. Este de cea mai mare însemnătate ca pacientul să fie ținut la curent cu rezultatele cercetărilor medicului. El nu numai că are dreptul acesta, dar informația poate avea și un efect pozitiv. Dacă cineva știe care este cauza suferințelor și ce se poate face sau ce s-a făcut deja în această privință, atunci el se poate eventual angaja activ. Lucrul acesta este valabil mai cu seamă în cazul bolilor și afecțiunilor contra cărora nu se prea poate face mult. De exemplu, în cazul artritei cu deformare sau a bolilor presupunând alte feluri de modificări în organism. De asemenea, uneori este suficient dacă pacientul știe că nu este vorba de nici o boală gravă. Efectul informației este optim dacă se cade de acord asupra acesteia în forma originară de solicitare a ajutorului.

b Pentru o serie de cazuri, este necesară formularea unui aviz (sfat). Acesta poate privi domenii foarte diferite, ca alimentația, modul de viață, ședereа la pat, întreruperea activității sau schimbarea profesiei. Sfatul poate privi deci aspecte de la o intervenție minoră până la schimbarea întregii vieți. Avizul se cere fundamentat pe priceperea medicului de familie. El trebuie însă să realizeze foarte bine că majoritatea avizelor se bazează pe o judecată de valoare. Dacă, de pildă, se indică o dietă anticolesterolică, atunci acesta se bazează pe concepția conform căreia urmările ulterioare ale hipercolesterolului trebuie prevenite. Dacă cineva este sfătuit să-și aleagă o altă profesie, dată fiind deformarea coloanei vertebrale, aceasta are la bază considerația că o invaliditate timpurie este mai grea decât părăsirea unei munci plăcute.



Scanned with OKEN Scanner

Dacă există într-adevăr un singur domeniu în care se exercită „puterea medicală", atunci acesta este cu siguranță cel al oferirii de sfaturi.

c Asupra întrebării cât de efectiv este sau trebuie să fie medicul de familie în „terapeutica convorbirii" există diferite concepții. Una din probleme este cuprinsă în terminologia care este utilizată: ce trebuie să se înțeleagă prin terapie conversațională sau prin psihoterapie? Acestora li s-au dat foarte multe definiții. Este vorba, în principal, de faptul că ajutorul este acordat de o manieră metodică cu scopul de a diminua problemele psihice și/sau de a mări posibilitățile de autorealizare. Pentru aceasta au fost multe metode create și adaptate, atât de multe încât s-a vorbit de o „creștere sălbatică" (Dijkhuis). După părerea mea, este incorect să se aștepte un ajutor psihoterapeutic din partea medicului de familie conform uneia sau altea dintre metode, chiar dacă unii medici de familie ar putea-o face. Chiar și numai datorită timpului pe care aceasta ar cere-o, ea devine imposibilă. Pe deasupra, psihoterapia necesită – funcție de metoda aplicată – o altă relație cu pacientul (care devine astfel client) decât cea avută ca medic de familie[15]. Aceasta nu exclude însă faptul că relația medicul de familie–pacient ar putea avea un *efect* psihoterapeutic prin aceea că se ascultă trăirile emoționale și problemele pacientului, se descoperă și se discută corelațiile, se discută asupra aspectelor suferințelor fizice, se stabilesc împreună scopurile, motivele, ținuta pacientului, și mai ales se specifică ceea ce pacientul experimentează, trăiește ca problematic[16]. Dacă medicul de familie vrea să rezolve bine toate acestea, atunci se cere ca el să fie pregătit, să le dedice timp și să fie expert în domeniul comunicării. Pentru aceasta din urmă este necesară cunoașterea în adâncime a procesului de interacțiune dintre pacient și medicul de familie, și nu în ultimul rând, cunoașterea de sine.

Tratamentul medicamentos

Prescrierea de medicamente este încheierea a două din trei contacte dintre pacient și medic[17]. Ea este activitatea în care se exprimă expertiza medicului, și încă și mai puternic, ea este principala activitate determinată și specificată de către medic. Dar lucrul acesta nu este decât în parte adevărat. Prescrierea sau neprescrierea de mijloace medicamentoase este influențată de următorii factori.

a Cunoașterea procesului de boală și prezența unui argument rațional pentru a prescrie un anumit medicament, mijloc de însănătoșire, ca de pildă, antibiotice la bronhopneumonie sau un calmant contra durerilor mari.

b Cerința socială de a prescrie un anumit medicament. Howie[18] a găsit, de exemplu că, dacă trebuie să se plece repede într-o călătorie sau dacă cineva este în fața unui examen, o infecție în gât primește mai repede un antibiotic.

c Nevoia de „a se întreprinde ceva", chiar dacă acțiunea este doar simbolică, nu lipsită de magie, ea poate duce totuși la însănătoșire. Rețeta joacă deci un rol important în interacțiunea dintre medic și pacient, ca și în expectațiile (oricum, presupuse) ale pacientului.

d Scrierea și înmânarea rețetei constituie încheierea consultului. Rețeta are deci o importantă funcție comunicativă.

Scanned with OKEN Scanner

Utilizarea în fapt a medicamentului este la latitudinea pacientului. Se pare că, în foarte multe cazuri, „încrederea în terapie"este mai scăzută decât ne-am gândi. Aceasta depinde iar de o serie de factori:

a Atitudinea pacientului față de medicamente, credința pe care el o are în valoarea lor.

b Trăirea gravității bolilor și suferințelor, concepția asupra cauzelor.

c Frica, atât în forma ei extremă cât și tocmai lipsa fricii de urmările bolii.

d Durata tratamentului: cu cât acesta durează mai mult, cu atât mai mult se încalcă prescripțiile.

e Frecvența de administrare a medicamentului pe zi: cu cât trebuie să fie luat mai des, cu atât mai scăzută este încrederea în acesta.

f Numărul, cantitatea de medicamente ce trebuie luate pe zi: cu cât mai mare este numărul, cu atât mai mică este încrederea.

g Relația medic–pacient: când există o relație bună, pacientul este mai înclinat să urmeze prescripțiile.

Alegerea medicamentului sau mijlocului de vindecare decurge ultimativ din diagnosticul stabilit de către medicul de familie. Dacă, pentru un anumit diagnostic, există, un tratament medicamentos, atunci medicul îl va indica pe acesta. Alegerea este însă determinată și de riscurile corelate cu un anumit mijloc medicamentos, ca și cu combinația eventuală cu altele prescrise deja. Medicul de familie este de asemenea influențat de elemente din afară: de medicația prescrisă de către specialiști, de literatura de specialitate și cursurile postuniversitare, de către industria farmaceutică, și de către informarea medico-farmaceutică pusă în circulație de către organismele de asigurări medicale. O serie de medici de familie se consultă regulat cu farmaciștii.

La alegerea unui mijloc de vindecare contribuie în același timp considerațiile asupra vieții. Este posibil ca cineva să aibă mai multă încredere în mijloacele naturale de vindecare și să le acorde deci o șansă în plus față de utilizarea într-un stadiu timpuriu a procesului de boală a antibioticelor, de exemplu. Pentru o serie de medici, considerațiile de natură antropozofică sau homeopatică joacă un rol decisiv.

Efectuarea unei intervenții

Așa cum medicația este partea de medicină internă din medicina medicului de familie, tot astfel efectuarea intervențiilor este o prelungire a chirurgiei. Cu trecerea timpului, această parte a muncii medicului de familie s-a redus, deși în mediul rural mai pesistă. Lucrul acesta are cauze diferite.

Infecțiile cu formarea de flegmon sau abces sunt mai bine combătute cu antibiotice decât în trecut. Dar la aceasta contribuie și ameliorarea din punct de vedere igienic.

Apoi, ajutorul medicului de familie este mai puțin solicitat acum pentru accidentele de pe stradă; pentru acestea este solicitat serviciul de ambulanță de stat sau municipal.

Trimiterea la specialist care deține tehnici mai subtile decât ale medicului de familie se face mai repede acum. Tocmai de aceea, așteptările pacientului cu privire la solicitarea sau nu a chirurgului devin foarte importante.

Scanned with OKEN Scanner

COOPERAREA ÎN PRIMA LINIE

Este posibil ca medicul de familie să considere necesară solicitarea ajutorul altor colegi din prima linie. Aceștia pot fi următorii, în domeniul medical și paramedical:

Fizioterapeutul. Este de fapt remarcabilă enumerarea fizioterapeutului în rândul celor din prima linie. Pacienții nu au de fapt acces direct la el; indicația pentru un astfel de tratament este stabilită de către un medic. După aceea, fizioterapeutul este acela care preia responsabilitatea pentru natura tratamentului aplicat, deși, de preferință, acesta este deliberat de comun acord. Fizioterapeutul este, în general, antrenat pentru anormalități ale aparatului loco-motor, pentru afecțiuni ale căilor respiratorii și pentru afecțiuni cardiace. Terapeuții de mișcare fizică, de gimnastică medicală (Mensendieck și Cesar) pot fi solicitați pentru defecțiuni ale aparatului locomotor, și cu totul excepțional, pentru defecțiuni de postură, de ținută.

Asistenta de cartier. Aceasta are sarcini extinse în domeniul igienei copiilor, îngrijirii bătrânilor, și pentru asistarea unor categorii de pacienți. Ea are însă și o sarcină de ordinul asistenței medicale reieșită din colaborarea cu medicul de familie în domeniul curativ. Lucrul acesta privește mai ales pacienții care zac la pat și cei cronici.

Asistenta socială. Mai ales în cazul pacienților cu probleme de viață sau sociale, se poate solicita ajutorul asistentei sociale. Trimiterea la aceasta trebuie să fie făcută cu mai multă grijă decât trimiterea la fizioterapeut sau asistenta de cartier. Rezultatul ajutorului acordat depinde de cât de potrivite sunt așteptările pacientului cu privire la asistenta socială. Medicul de familie poate avea o contribuție importantă în a le adopta.

Fizioterapeutul, asistenta de cartier și asistenta socială sunt cei trei funcționari cu care medicul de familie colaborează în mod special. Dar mai sunt și alți funcționari cu care medicul de familie poate colabora.

Pastorul sau preotul fac și ei parte din cei ce acordă ajutor bolnavilor, mai ales celor care cred într-o religie creștină sau care simt nevoia unui sprijin pentru viața lor spirituală. Bolnavul are mare nevoie de ajutorul lui mai ales dacă se petrece o regândire a existenței lui. Nevoia unui preot se resimte nu numai datorită faptului că se simte amenințat, dar și pentru că se simte „temporar scos din circulație". Totodată, obligativitatea de a sta la pat pe un timp mai îndelungat poate crea necesitate de ajutor a pastorului sau preotului. Dacă este vorba de o boală incurabilă și de preeminența morții, atunci nevoia prezenței preotului este enormă.

Dar pastorul sau preotul mai pot fi de ajutor și în alte cazuri, mai ales dacă o situație duce la o suferință spirituală. El poate sta alături de cei ce au suferit o mare pierdere. O asistență bisericească prelungită poate fi necesară celui lovit pentru a găsi o nouă perspectivă de viață. Aceasta mai poate fi necesară și în cazul problemelor de familie sau de homosexualitate. Deliberarea asupra acestui fel de cazuri, dintre medicul de familie și pastor sau preot, este benefică. Comunicarea dintre ei este însă, în practică, obstrucționată de aceiași factori care influențează colaborarea cu alți profesioniști din prima

Scanned with OKEN Scanner

linie: același medic de familie trebuie să comunice cu mai mulți preoți. Un obstacol în plus îl poate constitui o insuficientă cunoaștere a intențiilor și manierei de lucru a preotului sau pastorului. Medicul de familie trebuie să se încreadă în acesta cât mai mult. Lucrul acesta va avea o contribuție nu numai în privința comunicării, dar, mai mult o cunoaștere de către medic a fundamentelor, preocupărilor și trăirilor religioase îl va ajuta să-și asiste pacienții. El va trebui să nu neglijeze o serie de ritualuri, mai ales sacre aduse pacienților grav bolnavi.

Mai sunt mulți alți funcționari și organizații cu care medicul de familie poate colabora în ajutorarea pacienților. Despre aceștia se va vorbi mai mult în capitolele următoare.

COOPERAREA CU SPECIALISTUL DIN A DOUA LINIE

Trimiterea la un specialist apare des. Aproximativ 15% din toate „problemele" care se prezintă medicului de familie fac obiectul unei trimiteri la specialist (exclusiv trimiterile la oculist pentru anormalități de refracție, vezi și nota 6).

Se pare că medicul de familie tratează de sine-stătător relativ mai multe boli de o anumită categorie, în timp ce altfel de boli fac mai mult obiectul trimiterii la specialist (tabelul 8–2). Este lesne de imaginat că trimiterea la specialist a cazurilor de tumori maligne sau de infarct cardiac are în vedere atât rațiuni de stabilire a diagnosticului cât și privind tratamentul; sterilitatea necesită efectuarea unei investigații care nu este la îndemâna medicului de familie; pacienții cu tumori benigne sunt adesea trimiși la chirurgul care-i poate trata; bolnavii de tiroidă și diabet zaharat au nevoie de o consolidare, confirmare a diagnozei pentru care, ca și pentru terapie, sunt trimiși la specialist. Din aceste exemple reiese că trimiterea la specialist poate avea loc atât din rațiuni de diagnosticare cât și din rațiuni privind tratamentul; adesea, aceste rațiuni sunt în contradicție, dar mai poate fi vorba și de faptul că pacientul este acela care vrea să fie trimis la specialist (vezi tabelul 8–3).

Bremer[19] distinge, în continuarea afirmațiilor lui Paterson, următoarele trei indicații:

a Pentru că nu știm: pacientul este trimis din rațiuni de diagnosticare.

b Pentru că nu putem face: pacientul este trimis din rațiuni terapeutice.

c Pentru că avem nevoie de suport moral: medicul simte dacă pacientul are nevoie de opinia unui specialist sau pacientul poate cere el însuși trimiterea.

Este foarte dificil să se ilustreze aceste trei rubrici cu procente. Fry și Hopkins au găsit, în cercetarea lor, 24% și respectiv 30% trimiteri cu indicația diagnosticare, și 73% și respectiv 54% pentru indicații terapeutice[20]. O cercetare olandeză asupra trimiterilor a evaluat motivele acestora. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 8–3.

Dar chiar și aceste rezultate posedă o relativ slabă credibilitate. Mai întâi, adesea este dificil să se ajungă la motivele reale, acele motive ale pacientului ce nu pot fi cunoscute satisfăcător, sau de care el nu este chiar conștient.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 8–2
Procentajul trimiterilor noi din totalul noilor cazuri din anumite categorii de boli. (Preluat din J. C. van Es și H. R. Pijlman, „Trimiterile pacienților cu asigurări de sănătate de bază, în 122 de practici ale medicilor de familie din Olanda", „Medicul de familie și știința", 1970, 13, p. 433).

Diagnoză	*% trimiteri din total cazuri (incidență)*
– boli infecțioase (exclusiv TBC și boli venerice)	1, 5
– pneumonie, bronșită acută	4
– boli ale bilei și uretrei	4
– toate formele de artrită, atroză, fibrozită, miozită, mialgie	8
– toate tulburările psihice (exclusiv depresie și psihoză)	8
– febra fânului, astmă, dermatoze alergice	15
– hipertensiune	17
– otită (toate formele)	17
– toate formele de eczemă și dermatită, psoriazis	19
– boli ale sistemului nervos periferic, boli ale coloanei, hernie – de disc, lumbago	21
– depresie (endogenă și reactivă)	23
– tulburări ale ciclului menstrual	24
– angină pectorală	48
– schizofrenie și alte psihoze	51
– diabet zaharat	68
– boli de tiroidă	68
– tumori benigne (exclusiv verrucae)	77
– sterilitate	90
– infarct	100
– tumori maligne	100

Adesea este vorba de o multitudine de motive contradictorii. Uneori amândoi, medicul de familie și pacientul, așteaptă momentul când unul din ei va aduce vorba de trimitere ca un lucru de dorit sau necesar. Într-o relație bună, aceasta se petrece mai mult sau mai puțin în același timp și se poate derula armonios.

Trimiterea la specialist a bolnavului este o activitate extrem de dificilă a medicului de familie. Consecințele ce decurg din aceasta sunt adesea foarte extinse, cuprinzând și pe cei din jurul pacientului. Mai întâi, orice trimitere are ca urmare întotdeauna cercetarea și eventuala tratare a pacientului, conform uzanțelor din specialitatea respectivă. Specialistul va încerca pe cât posibil să îl tragă pe pacient *pe domeniul lui*. Tocmai atunci când la un pacient „nu este nimic de găsit" cercetarea se prelungește și orice cercetare nu este fără riscuri. Același lucru este valabil și pentru internarea în spital.

Scanned with OKEN Scanner

Abandonarea modelului normal de viață, șederea prea îndelungată la pat și sursele de infecții din spitale constituie un risc, mai ales pentru vârstnici.

Tabelul 8–3
Motive ale trimiterii la specialist, exprimate în procente (N = 5. 862). (Preluat din C. J. van Es și H. R. Pijlman, *op. cit.*, 1970, p. 433.)

trimiteri	*%*
– pentru că nu există suficientă calificare și cunoaștere pentru diagnoză și terapie	56, 0
– pentru că este clar că pacientul vrea să fie trimis, și chiar cere	20, 3
– pentru că terapia a avut un rezultat nesatisfăcător	9, 4
– pentru că posibilitățile de diagnosticare sunt prea limitate	3, 4
– pentru că posibilitățile terapeutice sunt prea limitate	1, 0
– pentru că tratamentul costă prea mult timp pe medicul de familie	3, 1
– pentru că un specialist are nevoie de ajutorul altui specialist	1, 4
– alte motive sau motive necunoscute	5, 3
total	*99, 9*

Este deci important ca medicul de familie să trimită la specialistul potrivit. Pacientul cu abdomen acut, care, din motive de diagnosticare, este trimis la internist, poate, câteodată, să fie dus la un chirurg. Abordarea unei probleme de „durere de mijloc" este, pentru reumatolog, altfel decât pentru neurolog sau un chirurg ortoped! Dat fiind faptul că fiecare specialitate deține propriile posibilități, dar și propriile limitări, răspunderea medicului de familie pentru alegerea specialistului la care se face trimiterea este foarte mare.

Apoi este important ca, în cadrul unei specialități, să fie ales specialistul potrivit. Funcție de priceperea alegerii specialistului la care este trimis un bolnav grav se poate ca acesta, la rândul lui, să antreneze și un alt specialist. Unii specialiști au o capacitate ieșită din comun, pe care alții nu o au. (S-ar putea considera că pacientul are libertatea de a alege el însuși specialistul, dar în practică, nu prea este așa; se urmează aproape întotdeauna avizul dat de medicul de familie. În alegerea unui specialist, un rol important îl are și distanța geografică, preferința pentru un anumit spital sau chiar faptul că specialistul este un cunoscut.)

În al treilea rând, este bine să se înțeleagă că trimiterea la un specialist are o semnificație emoțională pentru pacient, mai ales când inițiativa aparține cu totul medicului de familie. Faptul că medicul de familie consideră că are nevoie de ajutorul unui specialist este un semn al gravității și incertitudinii stării. Pe de altă parte, trimiterea poate aduce cu sine o ușurare și sentimentul de certitudine: s-a făcut, totuși, „tot" ce era de făcut. Familia se resimte și ea de pe urma unei astfel de trimiteri.

Scanned with OKEN Scanner

În al patrulea rând, trimiterea înseamnă pentru pacient o scoatere din circuit și absentarea de la lucru, dar mai ales faptul că acum se accentuează rolul de bolnav mai mult ca înainte. Totuși, vrem să evidențiem că numai o trimitere poate depista uncle probleme, dacă medicul de familie „nu le găsește". La un procentaj nu tocmai scăzut de cazuri, va fi vorba de tulburări funcționale. Dacă un bolnav cu tulburări funcționale este trimis la medicul specialist există riscul ca bolnavul să facă o fixație somatică. Specialistul la care se face trimiterea poate să „nu găsească nimic", nici el, și nu de puține ori, „pentru toată siguranța", sunt consultați un întreg șir de specialiști. Urmarea poate fi o agravare, o neurotizare, parțial provocată de medici, care poate duce la situația de rezistență la terapie. (Asupra acestei probleme, vom reveni în capitolul 12.) O trimitere la un specialist, mai ales la un psihiatru, poate constitui adesea un stigmat.

În al cincilea rând, o „a doua opinie" a unui coleg poate avea mare însemnătate pentru medicul de familie. Bremer îl citează pe drept cuvânt pe Blum: „numai rareori este cazul ca o consultație să nu constituie nici un confort, nimic benefic, nici pentru medic, nici pentru pacient". Fie chiar și numai scrierea trimiterii îl forțează pe medicul de familie să se concentreze asupra pacientului; el regăsește adesea, în istoria trecută, aspecte care sunt relevante pentru soluționarea problemei. Expunerea problemei la un coleg poate iar să aibă un astfel de efect; unul din avantajele practicii de grup este acela că este mai ușor de realizat consultarea cu un coleg. Faptul că medicul de familie împarte responsabilitatea cu un specialist poate constitui o ușurare pentru primul, mai ales când responsabilitatea este prea mare.

Trimiterea poate constitui un fapt emoțional și din partea medicului de familie, ceea ce se poate transmite pacientului. Este la îndemână să se considere că o trimitere trebuie întotdeauna cuplată cu o informare completă și adecvată a specialistului. Aceasta este necesară pentru a asigura cât mai mult continuitatea tratamentului. Datele oferite de medicul de familie pot fi de mare însemnătate pentru diagnoza și tratamentul specialistului.

O parte esențială a trimiterii o constituie pregătirea pacientului. Este de foarte mare importanță ca pacientul să fie pregătit asupra a ceea ce se poate aștepta cu privire la investigații, intervenții sau o eventuală internare în spital etc. Lucrul acesta este valabil mai cu seamă în cazul copiilor. În același timp este bine ca, în general, pacientul să fie ținut la curent asupra motivelor, astfel încât el să-și poată forma un model, un orizont al așteptărilor, să-și prefigureze rezultatul optim pe care îl are de așteptat de la trimitere. Medicul de familie trebuie, în sfârșit, să realizeze că, o dată cu formularea unei trimiteri, sarcina lui nu este încheiată. El nu a transmis specialistului decât o parte a responsabilității, nu întreaga responsabilitate. El rămâne responsabil de sănătatea pacientului, și anume, pentru acea parte pentru care motivul trimiterii nu decurge cu claritate.

Mai mult, De Melker[21] a arătat că majoritatea specialiștilor sunt de părere că medicul de familie mai are încă o datorie cu privire la pacientul care trebuie internat în spital. Se pare că, în realitate, medicul de familie

Scanned with OKEN Scanner

poate fi de folos la prelucrarea problemelor și îngrijire. Dar el mai poate arunca un pod între spital și familia pacientului prin informarea membrilor de familie.

Trecerea din spital în mediul de acasă poate beneficia de ajutorul lui mai ales la pregătirea membrilor familiei cu privire la externare și la considerarea ajutorului altor profesioniști. La aceasta se adaugă funcția lui importantă în a-l informa pe pacient. El este adesea cel mai indicat, prin cunoașterea pe care o are asupra pacientului și mediului său, oferind informația de care pacientul are cea mai mare nevoie.

Dacă un medic de familie și un pacient comunică eficient între ei, întreruperea continuității relației dintre ei presupusă de trimitere poate fi redusă la minimum.

URMĂRIREA REZULTATELOR AJUTORULUI ACORDAT

În sfârșit, medicul de familie trebuie să urmărească rezultatele ajutorului acordat. Dacă problema este rezolvată, nu prea mai este nimic de dorit. Dacă însă reiese că rezultatele sunt necorespunzătoare, trebuie să se continue cu ceea ce este indicat. Este posibil ca diagnosticul stabilit să nu fie cel exact. Atunci se vor formula din nou ipoteze ce vor trebui testate. Este posibil ca soluția să nu fi fost bună. Faptul că va trebui să se reia procesul de soluționare a problemei sau segmente ale acestuia, nu este întotdeauna ușor. Pentru a schimba perspectiva, este necesară multă suplețe, ceva ce nu trebuie să lipsească unui medic bun.

URMĂRIREA BOLNAVILOR CRONICI

Procesul descris mai sus are loc, în majoritatea cazurilor, când este vorba de afecțiuni acute sau de „un caz nou", deci la începutul procesului de acordare a ajutorului, sau pe parcursul episodic al evenimentelor care se succedă. Medicul de familie are însă de-a face și cu pacienți pentru care procesul de diagnosticare, de stabilire a tratamentului și feed-back-ul rezultatelor are loc de mult timp, și cu pacienți la care s-a dezvoltat un proces de cronicizare, fie de natură progresivă (de pildă, afecțiune malignă), fie de natură stabilă (de exemplu, un incident cerebro-vascular). Datoria medicului de familie este deci dependentă de natura, gravitatea, măsura progresiei procesului de boală, și de reacția pacientului și a celor din mediul lui la boala lui.

Totuși, diferența față de ajutorul dat pentru afecțiuni acute nu este de principiu, ci numai de grad. Medicul de familie va trebui să întrebe mereu dacă au intervenit schimbări, complicații sau agravări ale procesului. El va trebui să urmărească pe parcursul terapiei sale rezultatele obținute și, eventual, să o revizuiască.

Scanned with OKEN Scanner

INTEGRAREA AJUTORULUI PREVENTIV ȘI CURATIV

Dacă medicina familiei este exercitată în mod optim, atunci formele de acordare a ajutorului descrise în acest capitol și cele descrise în capitolele precedente se vor combina foarte bine. Stabilirea factorilor de risc care decurg din procesul curativ va avea în vedere în special pe aceia care au consecințe în sfera medicinii preventive. La rândul lor, factorii de risc care sunt mereu ținuți sub control joacă un rol în diagnosticare și procesul terapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 8

NOTA 1. SĂNĂTOS ȘI NESĂNĂTOS

Diferențierea dintre stările grave și cele mai puțin grave este de o însemnătate crucială în medicina familiei. Recunoașterea, identificarea la timp a stărilor amenințătoare poate salva vieți. S. Talma (1847–1918) care a fost profesor de medicină internă în Utrecht, povestea colegilor despre un medic de familie, pentru care avea mare considerație, pentru că acesta putea diferenția numai două diagnostice: „sănătos" și „nesănătos"[22]. Bolile care făceau parte din prima categorie erau bolile „auto-limitative", care se puteau vindeca și fără tratament, cele din a doua grupă necesitau ajutorul unor autorități mai înalte! Talma a fost reprezentantul nihilismului terapeutic. Medicii din cadrul acestei linii de gândire, de la mijlocul secolului al XIX-lea, au avut o atitudine foarte critică față de tratamentul medicamentos. Din acest punct de vedere, profesorul universitar din Amsterdam, Pal, a fost un premergător al lui Talma; totuși, acesta i-a învățat pe studenți multe rețete!

NOTA 2. A LUCRA METODIC

Un grup de lucru din cadrul Asociației Olandeze a Medicilor de Familie a elaborat, în 1975, sub președinția prof. H. van Aalderen, raportul: „Cum ajută doctorul". Atenția a fost centrată, printre altele, pe munca metodică a medicului de familie. Mai târziu, o urmare a acestui raport a fost publicată în *Medicul de familie și știința*[23]. Munca metodică este considerată sub două aspecte: îndeplinirea scopului și munca sistematică, și, utilizarea la maximum a relației cu pacientul în folosul acordării ajutorului.

S-a subliniat faptul că medicina familiei conține mai mult decât numai ajutorul somatic. Medicul de familie este văzut mai întâi ca un profesionist în domeniul bolilor. De aceea, *acordarea de ajutor* din partea lui nu este posibilă în toate domeniile. Acordarea de ajutor integral (ceea ce este altceva decât maniera integrală de gândire) nu mai este, de aceea, un scop de propus; parțial pentru că alți profesioniști, din sfera spirituală sau a asistenței sociale, pot acorda ajutor în aceste domenii. De aceea, devine o necesitate cooperarea în mod interdisciplinar.

Se vor distinge trei faze ale procesului de acordare a ajutorului.

Preluarea/convorbirea. Solicitarea de început a pacientului este clarificată și se dă o formă precisă formulării solicitării ajutorului. Ca încheiere, se stabilește un tratament, urmat de stabilirea activităților medicale necesare și, în același timp, se analizează dacă este posibil să fie atins scopul urmând alte căi. Atât una cât și cealaltă vor fi discutate cu pacientul, pentru ca acestea să aibă o imagine a ceea ce are de așteptat și a rezultatelor probabile.

Efectuarea tratamentului. Planul de tratament va pune de acord variate întrebări și cerințe privitoare la diferite părți ale ajutorului.

Scanned with OKEN Scanner

a *Cererea de ajutor somatic*. Aici, se oferă ajutorul uzual, bazat pe anamneză, cercetare (investigare), diagnoză și terapie.

b *Alte cereri de ajutor*. Acordarea ajutorului pentru probleme trăite. Mulți pacienți așteaptă un sfat, un tratament sau să se ia o măsură care va duce la soluționarea problemei chiar și atunci când el însuși poate aduce o schimbare în situația în care se găsește.

c *Cererea de dirijare, coordonare*. Rămâne de văzut dacă medicul de familie însuși trebuie să acorde această dirijare sau dacă mai curând alții sunt indicați.

d *Solicitări figurative, metaforice de ajutor*. Uneori se prezintă cereri pentru care medicul de familie poate fi jucat pe cartea pacientului.

e Felul de cereri care se află în vecinătatea *cererilor cu scop*: pacientul vrea să atingă un scop, iar medicul de familie este singurul mijloc disponibil, ca de exemplu, pentru trimiterea la un specialist.

f *Cereri-alibi*. Pacientul este în căutarea calificativului unui medic pentru, de plidă, a se pune sub legislația de boală.

Incheierea acordării de ajutor. Medicul și pacientul trebuie să vadă împreună dacă scopul urmărit a fost atins, dacă acordarea de ajutor cu privire la cererea formulată trebuie avansată, sau dacă aceasta trebuie urmată de o nouă solicitare, în care întregul proces este reînceput.

NOTA 3. ÎNREGISTRAREA INFORMAȚIILOR

Este obișnuit ca medicii de familie să facă uz de fișele standard emise de AOMC (Asociația Olandeză a Medicilor de Casă) pentru înregistrarea datelor medicale. Pe acestea se pot trece pe scurt, bolile preexistente, iar ulterior fișa este un instrument de lucru. Această metodă de lucru se dovedește a fi insuficientă pentru anumite domenii. O modalitate de lucru care se bucură de o mare popularitate este metoda „orientării spre problemă", elaborată de Weed[24].

Concepția fundamentală a acestei metode constă în forțarea medicului de a înregistra sistematic problemele una după alta, astfel încât acestea să fie cât mai mult cu putință corelate și să fie formulat planul de rezolvare a fiecărui pas. De aceea, se vor nota toate „elementele-cheie, cuvintele de ordine" (sau semnalele). După aceea se caută o dependență care duce la o ipoteză. Dacă aceasta nu este posibilă, întoarcerea la punctul de început este ușoară.

Grupul de Lucru Înregistrare din cadrul AOMC a elaborat, în acest sens, o serie de obiective și formulare[25] speciale pentru înregistrarea datelor orientate spre problemă (IOP). Această formă de înregistrare se caracterizează prin aceea că se despart datele notate despre consultul zilnic de informația care este importantă pe termen lung și de notarea celor mai importante boli și probleme avute.

Nucleul sistemului de înregistrare este alcătuit din următoarele părți:

Lista problemelor. Toate problemele considerate relevante vor fi notate pe rubrici ca la dicționar. Acestea sunt deci aspecte care sunt importante pentru

Scanned with OKEN Scanner

formarea unei opinii privind, de pildă, diagnosticul, durerea, simptomul, rezultatele de laborator, problemele relaționale și sociale și factorii de risc. Aspecte care au numai o semnificație marginală nu fac parte din această listă. (Este adesea dificil să se decidă ce este important; o răceală, de pildă, nu este importantă, dar mai multe făcute în serie, da.)

Informațiile de bază. Aici se vor fixa datele pe care cineva vrea să le păstreze îndelung: datele personale, fundamentele sociale, istoria medicală trecută și rezultatele de laborator.

Jurnal. Aici se vor nota remarcile zilnice de lucru. Ulterior, informațiile trecute în jurnal se vor rescrie în cele două forme de înregistrare menționate mai sus, iar paginile de jurnal se elimină. Pe paginile jurnalului se vor prelucra probleme pe măsura prezentării lor conform așa-numitului sistem SOAP: S = informațiile subiective date de către pacient; O = date obiective; A = afirmații, formarea ipotezelor (ceea ce gândește doctorul); P = planul acordării de ajutor (ceea ce face doctorul).

Alături de aceste trei forme de înregistrare, sunt pagini-anexe: pagina de măsurători, pe care se notează, de pildă, tensiunea sanguină, prezența sarcinii la femei sau administrarea de anticoncepționale. De asemenea, există o listă a medicamentelor, pe care se notează medicamentele ce sunt îndelung folosite.

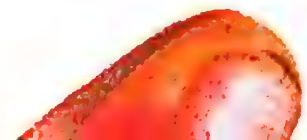
Această metodă încă nu este introdusă în mod generalizat, deși se dovedește a fi de o mare valoare nu numai pentru acordarea ajutorului, dar și pentru cercetare și învățământ. Totodată, această metodă oferă posibilitatea, neoferită de altele, de a nota factorii de risc.

Mulțumită dezvoltării de software pentru computere, acum este posibil să înregistreze foarte multe informații asupra pacientului în memoria computerului. Dar acesta nu este desigur primul pas ce trebuie făcut; mai întâi este de promovat înregistrarea sistematică manuală. Costurile implementării unui sistem computerizat sunt de altfel destul de ridicate.

Codificarea cu ajutorul clasificării primare internaționale este extrem de folositoare atât pentru înregistrarea cu ajutorul sistemului de fișe, cât și pentru înregistrarea computerizată. Cu ajutorul acestui sistem de codificare se pot stabili în mod standard atât diagnozele cât și simptomele, dar și „rațiunile de care s-a ținut cont" și tratamentele stabilite de către medicul de familie[26].

NOTA 4. ASPECTUL CLINIC

Privirea clinică poate fi comentată ca parte a situației descrise la pp. 211–212. Pe deasupra, această privire clinică depinde de acumularea capacității de observare și de creșterea continuă a cunoașterii și experienței. Toate acestea sunt de fapt internalizate, iar toată cunoașterea și experiența acumulate mai înainte sunt folosite pentru fiecare contact în mod inconștient sau pe jumătate conștient. Cu mare certitudine, unul va fi mai talentat în privința asta decât un altul. Se cere o mare inteligență și o mare sensibilitate, și ar fi incorect să se descrie privirea clinică fără intuiție.



Scanned with OKEN Scanner

NOTA 5. FIXAREA SOMATICA (vezi și capitolul 10)

Una din manifestările care influențează în profunzime sistemul serviciilor medicale este manifestarea *fixației somatice*. Aceasta apare atunci când cineva se concentrează cu deosebire sau exclusiv pe aspectele corporale ale problemelor intervenite, când se neglijează întrevederea și a altor componente ale durerii, suferinței. Aceasta este o formă de manifestare foarte frecventă cu care este confruntat și medicul de familie și specialistul. Există un complex de cauze care o provoacă, cauze care se află pe diferite nivele.

a Cel mai adânc nivel a fost cu siguranță depistat de către Frankl[27], care a stabilit că omul modern este înclinat să somatizeze problemele psihice. Probabil că nu trebuie să căutăm prea mult ca să aflăm că, în trecut, omul cu probleme găsea o consolare în credință. Mai ales credința în viața de după moarte putea ajuta în a face față atrocităților din această lume. Secularizarea, apărută după Renaștere, a avut ca urmare o pierdere a credinței în Dumnezeu. Omul a devenit din ce în ce mai autonom, ceea ce a adus cu sine faptul că omul se putea încrede mai mult în sine. Propria funcționalitate a devenit de o mare însemnătate, în ceea ce privește și corpul. În timp ce, în trecut, spiritul își găsea o exprimare în relație cu Dumnezeu, acum, într-o existență autonomă, el își găsește locul numai în corp.

b O suferință sau boală corporală este trăită, experimentată mai ales ca ceva de care omul nu este vinovat. (Ideea conform căreia fumatul, lipsa mișcării fizice, alimentația inadecvată și altele de acest fel, sau promovarea acestora, va aduce, pe parcurs, modificarea ideii de nevinovăție.) Omul se cade să combată singur aceste probleme; dacă nu se reușește, atunci, acesta e semn de neputință și incapacitate. O boală somatică este o „scuză" mai bună decât o suferință psihică. Apariția lor graduală se supune și ea schimbării.

c O suferință devenită obiect al medicinii se cade a fi, în ochii multora, și o suferință fizică; dacă nu e fizică, nu ar fi medicală. Această idee este cea care, cu certitudine, a „transpus" problemele psihosociale și psihice în probleme fizice, corporale.

d Acordarea de ajutor medical poate, într-o măsură destul de mare, să încurajeze somatizarea și fixarea somatică. Despre aceasta a fost întreprinsă o cercetare la Institutul Medicilor de Familie din Nijmegen, și se va discuta mai mult în capitolul 10[28].

Atenția acordată de medicul de familie exclusiv somaticului poate introduce pacientul într-un cerc vicios în care să i se întărească ideea că într-adevăr el este foarte bolnav fizic. Astfel, dacă nu se face nici un apel la propriile lui capacități de soluționare a problemelor. Aceasta va duce la diminuarea treptată a capacităților sale. Acestea se cade să fie mobilizate de către *el însuși* atunci când apare un stres psihosocial. Semnificația stresului psihosocial este scoasă din joc, iar medicul și pacientul rămân ocupați numai cu aspectele fizice. Acestea deci nu vor putea, prin definiție, să fie soluționate.

Este posibil, de asemenea, ca suferința fizică să aibă o funcție stabilizantă într-o familie, să fie folosită ca un mecanism de mascare a problemelor și de

Scanned with OKEN Scanner

camuflare a conflictelor (vezi și capitolul despre medicina de familie). Dacă medicul de familie acordă atenție numai aspectelor somatice, el încurajază acest proces și diminuează șansele de soluționare a problemelor relaționale. Dirijarea de către medicul de familie trebuie de aceea să fie efectuată pentru a preveni ca oamenii să se eschiveze din calea schimbărilor, și pentru a preveni ca responsabilitatea pentru introducerea schimbărilor să cadă pe alții. O dată apărută o fixare somatică, este dificilă combaterea ei. Este important să se discearnă că fixarea somatică nu este atât o caracteristică strict personală, cât una a relațiilor pacientului cu cei din mediul său, inclusiv a relației cu medicul. Cele trei categorii de finalități de mai jos sunt de o fundamentală însemnătate pentru acordarea ajutorului:

a Responsabilitatea pentru propria bunăstare și stare se cade să fie lăsată în seama pacientuului. Aceasta nu înseamnă că medicul de familie nu poate interveni în anumite momente, dar intervenția lui trebuie să se limiteze numai la situațiile de mare necesitate.

b Plângerea cu care vine pacientul trebuie luată foarte în serios și cercetată ca atare. Aceasta nu înseamnă însă că toate consecințele legate de aceasta cad în seama medicului, deci ajutorul nu este nelimitat.

c Se cade ca, împreună cu pacientul, să fie stabilit în mod explicit un plan de tratament (vezi nota 2).

La toate acestea trebuie să se adauge că „prevenția rolului de pacient"[29] poate fi corelativ promovată printr-o bună trimitere la specialist. Dacă un pacient este trimis la un clinician, atunci urmează o investigare, extinsă de specialitate, eventual cu internarea pentru observare. Astfel de evenimente pot provoca ele însele suferințe. În plus, specialistul consideră că el este acela care trebuie să vindece pacientul. El poate astfel să țină sub tratament un pacient pe timp îndelungat, fără succes însă. Uneori numai după mult timp – specialistul ajunge la concluzia că totuși, „nu i s-a întâmplat nimic" pacientului. Între timp, poate avea loc o fixare somatică. Conform datoriilor și funcției sale, specialistul nu este cel mai indicat să prevină intrarea pacientului în rolul de bolnav. De aceea, este important ca medicul de familie și specialistul să încerce să colaboreze foarte bine prin a delibera împreună. Este necesar ca pacientul să fie trimis înapoi la medicul de familie, adică la cel care are ca datorie prevenția rolului de pacient. Aceasta înseamnă că, în foarte multe cazuri, rolul de consultant al specialistului va căpăta un accent mai mare decât rolul de terapeut.

Scanned with OKEN Scanner

NOTA 6. DISTRIBUȚIA PROCENTUALA A TRIMITERILOR

Tabelul 8–4
Distribuția procentuală a specialităților la care se fac trimiteri. (Preluat de la informațiile LISZ, 1978)

oftalmologie	23 %	
chirurgie	15 %	
ortopedie	6 %	(21½% specialități chirurgicale)
chirurgie plastică	½%	
medicină internă	11 %	
cardiologie	3 %	(16% specialități de interne)
boli de plămâni	2 %	
reumatologie	1 %	
nas–gât–urechi	8 %	
obstetrică/ginecologie	8 %	
neurologie/psihiatrie	6 %	
dermatologie	6½%	
pediatrie	3 %	
urologie	2½%	
altele, restul	5½%	
total	*100%*	

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen, et al., „A lucra metodic", *Medicul de familie și Știința*, 1978, 21, 322.
2 Melker, R. A. de, F. A. Earl și S. E. M. Everwijn, „Medicul de familie", *Medicul de familie și Știința*, 1979, 22, 266.
3 Martin, R. M., „Un model clinic pentru luarea de decizii", *J. Med. Ethics*, 1979, 4, 200.
4 Wright, H. J. și D. B. Macadam, *Gândirea și practica clinică*, Edinburgh/London, 1979.
5 Kagan, N., D. R. Kratwohl et al., *Studii asupra interacțiunii umane*, East Lansey (Michigan), 1967.
6 Elstein, A. S., N. Kagan, L. S. Shulman et al., „Metode și teorie în studiul investigației medicale", *J. Med. Ed.*, 1972, 47, 85.
7 Dijk, W. K. van, *Despre diagnostic și diagnosticare în psihiatrie*, Groningen, 1964.
8 Rooymans, H. G. M., *Judecată și prejudecată în diagnosticul psihiatric*, Groningen, 1969.
9 Elliot-Brins, C. P., „Chemarea uitată", *Praktitioners*, 1966, 196, 299.
10 Crombie, D. L., „Procesul de diagnosticare", *J. Coll. Gen. Pract.*, 1963, VI, 579.
11 Brouwer, W., „Diagnosticul medicului de familie", *Medicul de familie și Știința*, 1963, 6, 301.
12 Buma, J. T., *Considerații asupra locului medicului de familie în cadrul serviciilor medicale olandeze*, Leiden 1959.
13 Puylaert, F. W. J., „Întărirea primei linii prin consultarea diagnosticianului", *Med. Contact*, 1978, 33, 1134 și 1176.
14 Knottnerus, J. A., „Principii ale științei decizionale", *Un compas nou pentru medicul de familie*, 1984, julie, 11/4-1.
15 Burg-van Walsum, M. van der și E. M. Hidding-Witte, „Poate medicul de familie să facă psihoterapie?", *Metamedica*, 1979, 58, 92.
16 Brouwer, W., „Comentariu la articolul „Poate medicul de familie să facă psihoterapie?", *Metamedica*, 1979, 58, 95.
17 Dunell, K. și A. Cartwright, *Cei ce iau, cei ce prescriu medicamente și păstrătorii*, London, 1972.
18 Howie, J. G. R., „Judecata clinică și utilizarea de antibiotice în practica generală", *British Medical Journal*, 1976, 2, 1061.
19 Bremer, G. J., „Trimiterile în practica medicului de familie", Dizertație, Utrecht, 1964.
20 Citat de către Bremer, ibid.
21 Melker, R. A. de, *Pacientul spitalizat, medicul de familie, familia de acasă*.
Dizertație, Nijmegen, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

22 Doesschate, G. ten, *Universitatea din Utrecht și medicina 1636-1900*, Nieuwkoop, 1973.
23 Holten-Vriesema, ibid.
24 Weed, L. L. *Înregistrările medicale, educația medicală și îngrijirea pacientului*, 1970.
25 Numărul special consacrat acestei probleme, *Medicul de familie și Știința*, 1979, 22, 1.
26 Lamberts H. și M. Wood (eds.) *I.C.P.C. (I.C.P.C. Clasificarea Internațională a Asistenței Primare)*, Oxford, Oxford University Press, 1987.
27 Frankl, V. E., *Neuroze și pseudoneuroze*, Verslag Soc. Gen Studiedagen. Stencil., 1959.
28 Huygen, F. J. A., „Prevenirea fixării somatice" I., *Medicul de familie și Știința*, 1978, 21, 363.
Smits, A., J. van Eijk et al., ibid. II, *Medicul de familie și Știința*, 1978, 21, 366.
Grol, R., J. van Eijk et al., ibid. III, *Medicul de familie și Știința*, 1978, 21, 402.
Grol, R., J. van Eijk et al., ibid. IV., *Medicul de familie și Știința*, 1978, 21, 406.
Grol, R., J. van Eijk et al., ibid. V., *Medicul de familie și Știința*, 1978, 21, 486.
29 Es, J. C. van, „Posibilități și imposibilități ale medicului de familie ca promotor al sănătății", *Med. Contact*, 1976, 31, 1357.

Scanned with OKEN Scanner

9 Medicina medicului de familie ca medicină a cursului vieții

Medicul de familie trebuie să facă uz, în acordarea ajutorului, de componente specifice locului lui în cadrul serviciilor medicale. Tocmai de aceea, există posibilitatea ca el să fie consultat de pacienții săi, în cursul anilor, asupra unei diversități de probleme.

El este astfel în situația de a avea de a face cu ei în diferite circumstanțe. El învață să-și cunoască pacientul după reacțiile acestuia atunci când este bolnav, atât fizic cât și psihic. Medicul de familie poate ajunge la cunoașterea felului în care pacientul abordează problemele și reacționează la stres. De aceea, medicul de familie poate eventual să anticipeze comportamentul pacientului.

De asemenea, medicul de familie poate ține cont de sensibilitatea la anumite medicamente, de lipsa de rezistență la anumite cauze de îmbolnăvire sau de faptul că cineva aparține unui grup de risc, printre altele, datorită unei boli antecedente.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

În capitolul 2 au fost reproduse unele caracteristici ale medicinii medicului de familie care, împreună, determină *fața* medicinii familiei. Acestea sunt: **a** medicina cursului vieții: **b** medicina integrală și **c** medicina întregii familii sau de familie. Dacă meditãm asupra semnificației acestora reiese imediat faptul că aceste trei fațete ale medicinii familiei se află într-o strânsă interdependență. Pentru abordarea integrală, centrală este interacțiunea dintre corp, spirit și mediu. Dar și în cadrul medicinii cursului vieții, schimburile dintre corp și spirit joacă un rol. De asemenea în interacțiunile intrafamiliale corpul și spiritul se corelează. Aceste trei fațete nucleare ale medicinii familiei sunt în realitate de neseparat.

Pe baza relației episodice sau continue cu pacientul, medicul de familie este în situația de a include în considerațiile sale ceea ce se petrece pe parcursul vieții pacientului respectiv. El poate obține o cunoaștere a suferințelor și bolilor unui pacient în baza experiențelor trecute avute cu acesta. Faptul își poate da roadele atât pe terenul diagnosticării cât și pe cel terapeutic. Dar numai rareori va avea ocazia un medic de familie să urmărească un pacient pe toată durata vieții lui. Fie și numai prin creșterea mobilității populației există în prezent șansa de a reduce relația care în trecut era de foarte lungă durată. Mai ales în noile cartiere, partea fluctuantă a populației este foarte mare. Cu toate acestea, în general practica medicală constă dintr-o parte stabilă, nucleul, și dintr-una temporar fluctuantă. De asemenea, chiar dacă un contact nu se stabilește pe zeci de ani, ci numai pe câțiva ani, posibilitatea de a ține seama de cursul vieții rămâne o componentă importantă. La aceasta, formarea unui fișier bun poate aduce o contribuție importantă, dar nu mai puțin importantă este selectivitatea, orientarea medicului de familie. Dacă el vrea să întreprindă ceea ce este necesar pentru medicina cursului vieții, atunci el va avea grijă să culeagă informațiile privitoare la aceasta și le va include în evaluările și considerațiile pe care le face fără ca să existe o relație de zeci de ani. Bineînțeles că, în cazul unei relații de mai lungă durată, cresc foarte mult șansele de a avea un tablou mai detaliat. De asemenea, chiar dacă în dosar există date detaliate, totuși medicul de familie va putea ajunge mai repede și mai ușor la un diagnostic și un tratament potrivit, pe baza propriei experiențe cu un pacient. Lucrul acesta este dependent de următoarele:

Procesul de diagnosticare al medicului de familie cuprinde manipularea unor ipoteze formulate mai înainte care apoi fie se fixează, fie se resping (vezi despre aceasta capitolul 8). Ipotezele sunt specificate, pe de o parte, de suferințele și simptomele pe care le are pacientul; iar pe de altă parte, de caracteristicile pacientului. Acest proces de formare a ipotezelor are loc într-un prim stadiu al consultului și se petrece în ultimă instanță în conștiința medicului de familie. Cu cât dispune el de mai multe informații, cu atât este influențat favorabil procesul de formare a ipotezelor. Citirea dosarului pacientului poate rezolva acest lucru numai în parte: ipotezele care pot decurge din consultarea dosarului sunt importante numai într-un stadiu ulterior. Consecințele cunoașterii pe durată lungă a unei persoane pentru formularea

Scanned with OKEN Scanner

unui plan de tratament sunt analoge duratei, dar mai puțin de adâncime. Tratamentul va fi construit în deliberare cu pacientul numai în a doua fază, în care există mai multe posibilități de a prelucra trăsături ale cursului vieții. Același lucru este valabil pentru prevenire.

Vom discuta acum o serie de aspecte care sunt importante pentru ajutorul acordat de către medicul de familie.

ISTORIA NATURALĂ A BOLILOR

Frecvența de apariție a unei boli joacă un rol important în generarea ipotezelor pentru procesul de diagnosticare sau în deliberarea asupra diagnozelor. Bolile care apar foarte frecvent sunt mai repede luate în considerație decât cele mai puțin frecvente.

Acum se pare că bolile se manifestă cu frecvențe diferite pe parcursul vieții. Lucrul acesta este de stabilit cu precizie în studiile de morbiditate din practica medicului de familie. Fey[1] a descris patru tipuri de corelare a apariției bolilor cu vârsta.

Tipul I. O dată pentru totdeauna

Manifestarea acestor boli este, în principiu, nevindecabilă, în timp ce urmările lor pot fi combătute. Pacientul rămâne deci suferind de acea boală. Exemple din această categorie sunt: afecțiuni congenitale ca mongolismul, fenilcetonuria și fibroza cistică. Dar și boli neprovenite din naștere, ca diabetul, hipertiroidia și hemiplegia, o dată instalate, rămân pe tot restul vieții. Acestea se petrec conform schemei din figura 9–1.

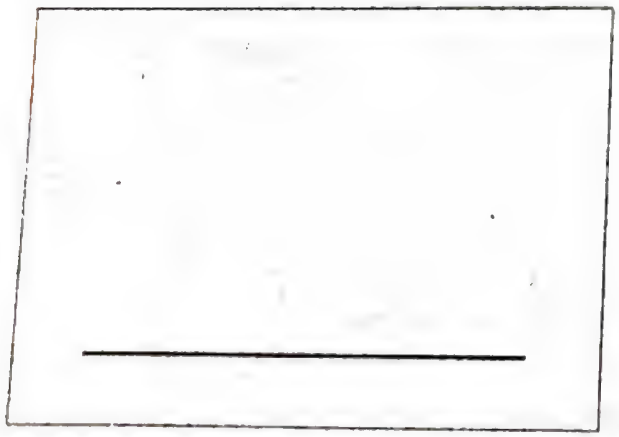


Figura 9–1. TIPUL I

Tipul II. Bolile pe care le au copiii în perioada de creștere

Mulți copii suferă de boli care mai târziu vor apărea fie mult mai rar, fie deloc. Se pare că aceste boli sunt învinse spontan. Cel mai clar exemplu de acest fel sunt infecțiile căilor respiratorii superioare, care apar mai ales între al treilea și al patrulea an de viață.

Scanned with OKEN Scanner

După trecerea completă a infecțiilor, apare o rezistență certă, ceea ce duce la o scădere a frecvenței acestora. Cel de-al patrulea an de viață înseamnă startul pentru apariția unui număr de boli pentru că copiii merg la grădiniță care este o sursă pentru multe infecții. Pentru un număr de boli, copiii sunt imunizați pentru tot restul vieții (chiar), de pildă pentru parotită și varicelă. De asemenea, o serie de manifestări ca amigdale mărite, prepuț lipit (neexprimat) sunt puternic legate de vârstă. Pseudoinflamarea difterică în gât apare numai la copii. Apariția bolilor din al doilea tip este ilustrată în figura 9–2.

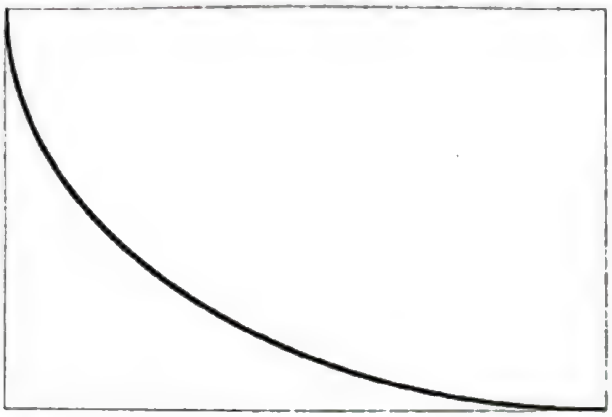


Figura 9–2. TIPUL II

Tipul III. Boli ale bătrâneții

O mare parte a bolilor decurg din procesele de îmbătrânire, din procesele de degenerare ale activității inimii și circulației, ale aparatului motor și altele asemenea. Atât prevalența cât și gravitatea pot crește în decursul anilor. Suferința de aceste boli este asemănătoare cu expunerea la noxe dăunătoare, ca fumatul, inhalarea de gaze și substanțe toxice din întreprinderi. Obiceiurile de viață menținute timp îndelungat, ca mișcarea fizică insuficientă, au de asemenea o influență.

Exemple ale acestui fel de boli sunt artroza, afecțiuni coronariene, hipertensiunea, afecțiuni maligne, bronșită cronică, cataractă și surzenie datorată otosclerozei. Evoluția acestor boli este dată în figura 9–3.

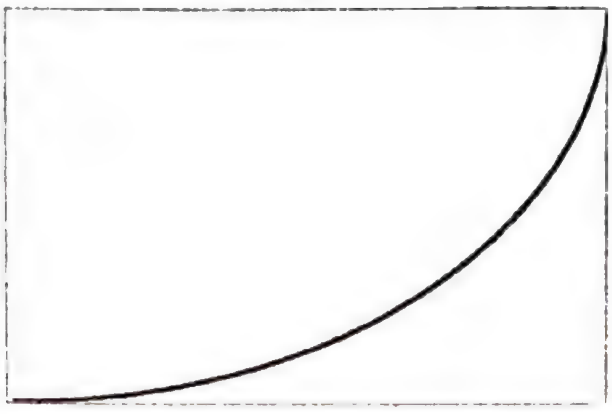


Figura 9–3. TIPUL III

Scanned with OKEN Scanner

Tipul IV. Boli trecătoare

Această categorie de boli este rară în tinerețe, adolescență; ele încep în faza timpurie a adultului sau la vârstele medii. Adesea, ele au o evoluție periodică sau intermitentă. O dată cu îmbătrânirea, aceste boli reapar. Câteva exemple: astma, migrena, dureri de coloană inferioară, febra fânului, ulcer duodenal și infecții urinare. Migrena este foarte probabil relaționată de ciclul hormonal; durerile de mijloc sau coloană inferioară sunt legate de purtarea unor poveri fizice presupuse de exercitarea unei profesii; iar ulcerul duodenal, de trăirea unui stres. Evoluția acestor boli este dată în figura 9–4.

Figura 9–4. TIPUL IV

Tipul V. Aceleași boli la tineri și la vârstnici

Mai sunt și afecțiuni care apar și la tineri și la bătrâni, și mai puțin la vârstele medii. Pentru acestea există explicații diferite. Exemple: infecții acute ale căilor respiratorii inferioare, constipație, hernia inghinală și hidrocelul. Ele sunt schematizate în figura 9–4.

Figura 9–4. TIPUL V

Până acum am pus accentul pe semnificația acestor tipuri pentru diagnostic. Cunoașterea istoriei naturale a bolilor are însă implicații și asupra terapiei și medicinii preventive.

Scanned with OKEN Scanner

CONSECINȚE TERAPEUTICE

Dacă un pacient știe că un hemangiom, o fimoză sau amigdale mărite tind să se reducă sau să dispară spontan, atunci medicul se va opri de la o intervenție prea rapidă. De o mare însemnătate din acest punct de vedere este imunitatea contra infecțiilor virale a copiilor între 4 și 8 ani. Realizarea acesteia poate scuti pacientul de tratamente medicamentoase drastice și poate, în plus, servi ca bază a informării părinților. Aceasta este valabilă și pentru copii foarte mici care fac de mai multe ori „tuse șuierătoare din piept", o afecțiune a căilor respiratorii cu expectorație, deci cu caracter „astmatic", dar care, cu trecerea anilor, în majoritatea cazurilor, dispare de la sine.

CONSECINȚE ALE MEDICINII PREVENTIVE

Cunoașterea evoluției bolilor are și o importantă semnificație preventivă. Prin aceasta este posibilă stabilirea grupurilor de risc, care necesită o îngrijire specială. Lucrul acesta se poate efectua cel mai bine în cadrul sistemului de supraveghere (vezi capitolul 7).

Faptul cel mai clar este acela al încetățenirii totale a administrării de vaccinuri, inoculări copiilor contra unei serii de „boli de copilărie". Momentan, se obișnuiește vaccinarea sugarilor contra tusei convulsive, difteriei, tetanosului și poliomielitei, cu vaccinul ADPA, ca și contra rujeolei. În al patrulea an de viață, are loc o revaccinare, rapel contra difteriei, tetanosului și poliomielitei, repetată la vârsta de 9 ani, ca și contra rujeolei. Fetele de 11 ani (deci înaintea maturizării organelor sexuale) sunt vaccinate contra pojarului. De asemenea, sunt de luat în baza evoluției o serie de măsuri preventiv-secundare. Persoanele în vârstă pot fi controlate de hipertensiune, de tensiunea globului ocular (în legătură cu riscul de glaucom) etc. Acestea controale au sens în ultimă instanță numai dacă li se asociază consecințe terapeutice.

Toate acestea sunt în fapt considerații de ordin epidemiologic care se leagă de vârstă și, prin aceasta, de cursul vieții. Mai sunt însă și o serie de factori care sunt legați mult mai mult de persoana pacientului, care fac parte din istoria individuală de viață. Factorii care urmează fac parte dintre aceștia.

A AVEA BOLI DEJA FĂCUTE

A avea boli deja făcute poate avea consecințe foarte divergente pentru acordarea ajutorului.

a Este posibil ca o anume boală să aducă imunitate pentru acea boală. Consecința acestui fapt este că o perioadă ulterioară suferinței de această

Scanned with OKEN Scanner

boală, medicul să nu se mai preocupe deloc sau aproape deloc de ea . Se mai poate însă ca imunitatea să fie câștigată numai după un număr de reveniri ale bolii. Pe drumul către câștigarea imunității, medicul de familie va ajuta și pe cei din jur (îngrijitori, tutori sau familie) prin informare potrivită.

b Este de asemenea posibil ca un proces de boală trecut sau prezent să fie cumva adus înapoi, pe poziția de denominator comunitar. Astfel, o constituție alergică putea avea în trecut mai repede o evoluție către bronșită astmatică, iar acum către afecțiuni alergice ale pielii. O boală deja făcută în trecut poate face boala prezentă mai de înțeles și mai explicabilă, ceea ce poate avea, printre altele, semnificație terapeutică, dar și prognostică.

c O a treia posibilitate este că o boală avută în trecut poate aduce cu sine un mai mare risc pentru alte afecțiuni. Un exemplu în acest sens este faptul de a fi avut poliomielită care lasă în urmă riscul de creștere disproporționată a unui picior sau de atrofie musculară. La vârste mai avansate, aceasta, prin intermediul suprasolicitării părții contrare, poate duce la artrită de deformare.

d Mai este posibil ca un proces cronic de boală din trecut să fie redezvoltat, de pildă diabetul zaharat. O astfel de situație creează un mare risc pentru apariția unui mare număr de afecțiuni. O infecție a pielii poate lua forme foarte grave la un diabetic; răniri ale degetelor de la picioare la un astfel de pacient are urmări dezastruoase. În ultimă instanță, boala însăși poate duce la complicații: anormalități vasculare cu, de pildă, deteriorări coronariene sau cerebrale, afecțiuni ale vederii datorită anormalităților de retină.

e O afecțiune evident în progresie poate reclama stoparea alteia, de exemplu, o tumoare canceroasă mamară bine diagnosticată și tratată. Dacă la o astfel de pacientă apar ulterior suferințe și semne de boală, atunci se vor lua în considerare posibilele urmări ale tumorii. De pildă, dacă pacienta se plânge de dureri ale coloanei inferioare, atunci este posibil ca acestea să fie cauzate de o metastază a coloanei vertebrale. Aceasta înseamnă că medicul de familie va lua mereu în calcul această diagnoză pentru această pacientă.

f Mai este posibil ca o suferință sau suferințe diferite să apară cu o periodicitate certă, de exemplu primăvara sau o dată la câțiva (puțini) ani. Acestea pot privi atât probleme psihice, senzații depresive, cât și dureri somatice. Această periodicitate se poate trage dintr-un fel endogen de a fi depresiv. Dacă un pacient se plânge în principal de dureri fizice – de exemplu, dureri vagi în partea superioară a stomacului – atunci depresia endogenă este adesea ușor de recunoscut. Caracterul periodic poate indica medicului de familie calea cea bună.

REACȚII EXCEPȚIONALE LA AGENȚII DE BOALĂ

Sunt pacienți care nu se refac satisfăcător după o repetată îmbolnăvire bacteriană sau, uneori, infecție virală. Ei cad repede pradă unei boli

Scanned with OKEN Scanner

infecțioase, sunt victime ale fiecărei epidemii și, când sunt bolnavi, atunci sunt foarte grav. Dacă apare o astfel de situație, medicul de familie va trebui să se încreadă mai puțin în mecanismele naturale de restabilire, și va combate mult mai activ bolile infecțioase cu antibiotice, între altele. El va trebui de asemenea să controleze acești pacienți cu mai mare grijă decât ar cere uzanța.

Există o mare diferență în reacțiile la factorii de îmbolnăvire. Unii pacienți fac forme grave, cu temperaturi înalte; alții abia dacă manifestă unele semne. Medicul de familie va ține cont de aceste diferențe în prescrierea tratamentului. Același lucru este valabil pentru copiii mici care sunt mai predispuși la a face „febră cu convulsii". Ei pot fi protejați contra unei febre mari pe cale de apariție printr-o profilaxie anti-epileptică.

Unii indivizi sunt sensibili la anumite boli infecțioase datorită faptului că ei au o anormalitate congenitală sau nu, ceea ce îi face deosebit de sensibili. Astfel, o strictură a uretrei sau pyelum anormal poate mări riscul la infecții urinare. Anormalități ale căilor respiratorii pot predispune la apariția infecțiilor acestor căi. Aceasta este valabilă și pentru disproporția naso-faringeană, mai cu seamă a implantării trompei lui Eustache. Ele pot predispune la catarul trompei sau influența otita medie.

A FI NEAPĂRAT CONTRA ANUMITOR BOLI

În afara influențelor provenite din familia nucleu sau cea lărgită, despre care se va vorbi în capitolul consacrat medicinii familiei, fiecare se află sub influența mediului care poate predispune la îmbolnăvire. Toți suntem supuși la o parte a acestor influențe, altele sunt mai specific legate de modul de viață. Foarte importante sunt cele care decurg din condițiile de muncă, ce pot duce la boli profesionale. Conviețuirea în condițiile industrializării constă în inhalarea foarte multor noxe, mai cu seamă chimice și fizice, care constituie agenți de boală. Uneori, aceștia sunt atât de specifici, încât nu sunt ușor de recunoscut. De aceea este nevoie de medici de întreprindere. Consultarea cu aceștia din urmă decurge din apariția de boli și afecțiuni mai puțin obișnuite.

Modul de viață are de asemenea influență asupra felului în care decurg bolile, de exemplu, viața sexuală neregulată, circulația în medii neigienice, fumatul, abuzul de alcool și utilizarea drogurilor.

REACȚIA LA TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

Nu de puține ori se întâmplă ca un pacient să fie sensibil la anumite medicamente, sau dezvoltă o sensibilitate la anumite medicamente. Acestea pot duce la reacții alergice mai mult sau mai puțin violente, și apar des la antibiotice. Unii pacienți nu suportă anumite medicamente. Ele pot, de pildă, cauza dureri de stomac sau colon (acetosalicilice). O mare deosebire de reacții se poate înregistra la produse farmaceutice ca sedative, tranchilizante și somnifere.

Scanned with OKEN Scanner

Medicul de familie va trebui să fie la curent cu aceste sensibilități și diferențieri în reacție, și să aleagă nu numai medicamentul, ci și doza potrivită.

ABORDAREA EVENIMENTELOR IMPORTANTE

Pe parcursul vieții omul învață să reacționeze mai bine sau mai rău la evenimentele stresante și devine și mai echipat cu disponibilități și mecanisme proprii care intervin în exprimarea comportamentală a trăirii stresului. În legătură cu acestea, sunt de diferențiat următoarele trei straturi.

Modele de reacție determinate filogenetic

Organismele care au supraviețuit în trecutul îndepărtat au reușit datorită faptului că au știut să se adapteze mediului lor, și au știut răspunde adecvat la cerințele acestuia. Lucrul acesta a fost valabil și pentru oamenii care posedă o serie de modele de reacție și disponibilități moștenite. Acestea formează ca un fel de fundal al comportamentului în general și al reacției la stres.

Modele de reacție determinate ontogenetic

Pe baza constituțională preconstruită, omul învață să dezvolte, începând de la naștere, anumite modele de adaptare. Aceste modele se instalează în relația cu mediul și cu cei ce-l îngrijesc, prin experimentarea recompensei și pedepsei și prin imitare. Prin acestea, individul dezvoltă relativ puternic anumite modele personale. Acestea sunt însă parțial determinate cultural, în funcție de așteptările celorlalți și de comportamentul celor din jur. Acest proces se derulează în cea mai mare parte, în mod inconștient. Astfel, un om își prelucrează propria *dispoziție*.

Acționarea în situații concrete

Echipat cu calități constituționale și disponibilități sau dispoziții, un om trebuie să acționeze în situații concrete. Schimbările se succed pentru că poziția omului în comunitate se schimbă mereu în cursul vieții. Dar și societatea, comunitatea însăși se schimbă, cu siguranță în timpurile moderne. Acestea sunt esențial caracterizate de rapiditatea schimbării. De aceea, uneori lipsesc sau sunt insuficiente posibilitățile deja învățate de reacție, modul uzual de a reacționa la evenimente intervenite. Dar omul trebuie mereu să reacționeze la situații în schimbare. Semnificația situațiilor se schimbă și ea, deci riscul de a nu ști să reacționezi adecvat crește mult în comparație cu cel dintr-o societate stabilă. Societatea prezentă solicită mult procesul de adaptare. Astfel se face că o adaptare nu este întotdeauna de descris ca fiind un răspuns potrivit. Adaptare înseamnă deci *nu numai a te potrivi pe tine la ceva, a te face convenabil, ci și a opune rezistență la ceva*. Prin cea din urmă, omul este adesea în împrejurarea de a schimba o situație. Aceasta înseamnă că omul nu trebuie să se simtă neputincios în fața schimbărilor și proceselor sociale. Lucrul acesta reclamă ca omul să nu se piardă în acțiuni infructuoase. Este vorba de a evita insuccesul unei acțiuni de opunere la ceva (vezi și capitolul 5, nota 3).

Scanned with OKEN Scanner

Este deci important ca medicul de familie să cunoască procesele de soluționare a diferitelor probleme de către pacient, care este deci rezultanta celor trei straturi descrise mai sus. Lucrul acesta este important pentru bolile deja apărute ca și pentru cele încă neapărute.

Istoria de viață, experiențele prin care cineva a trecut determină parțial semnificația pe care o au evenimentele. Acestea pot apărea ca fiind legate și în acord cu experiențe trecute. Acestea pot fi în mod inconștient întărite în stadii timpurii ale vieții; experiențele din copilărie se pot acumula inconștient, altele pot fi date uitării. Ele continuă însă să acționeze în stadiile târzii; ele cheamă asocierea cu alte experiențe și întâmplări. Acest întreg complex din istoria unui om este cu totul unic. De aceea, semnificația ultimă a unui eveniment este racordată la întreaga viață a unui om. Ca urmare, măsura în care cineva resimte povara unui stres este strict individuală. Numai el însuși poate ști adevărata semnificație!

MANIERA DE A FORMULA SUFERINȚA

Felul în care sunt formulate plângerile, suferințele, atenția pe care pacientul o acordă sieși sunt de asemenea determinante personale. Acestea, ca și felul în care se percepe stresul sunt și ele rezultanta naturii și culturii, și alimentării (în sensul achiziționării prin învățare). Un pacient va fi înclinat să diminueze prezentarea suferințelor, un altul le va amplifica.

Primul este înclinat să ceară repede ajutor și sprijin, celălalt este înclinat să amâne cererea. Pentru cel ce acordă ajutorul este de mare importanță să cunoască maniera de prezentare a suferințelor. Astfel, suferințele și bolile pot fi mai bine evaluate la adevărata valoare, și se poate interveni ca atare.

SCHMIBĂRI ALE CURSULUI VIEȚII

În viața omului vin perioade care se caracterizează prin schimbări mari. Cele mai importante astfel de perioade sunt pubertatea și postmenopauza. Amândouă sunt de remarcat atât prin procesele de schimbare fizică, cât și prin schimbările psihosociale. Schimbările biologice formează, desigur, fațeta cea mai importantă, dar cele psihosociale sunt și ele de o mare semnificație pentru trăirea acestor faze. Pubertatea se remarcă mai ales prin dezvoltarea personalității și a propriului sistem de evaluare, prin creșterea responsabilității asumate și printr-o creștere a poziției de sine stătătoare.

Oamenii care devin adulți primesc un întreg arsenal de rezolvări ale problemelor. Perioada premergătoare constă în observarea modelelor adulte și renunțare la cele din copilărie. Nu este nici o mirare că acest proces se cuplează cu șocuri și convulsii, convulsii care pot duce la stres tot astfel cum se poate ca ele să tulbure rezolvarea temporar armonioasă a problemelor. Același lucru este valabil și pentru perioada postmenopauză. Au loc, bineînțeles, schimbări corporale, dar factorii care au importanță sunt alții. Zeijlmans[2] numește următorii:

a Probleme psihologice care decurg din faptul de a fi devenit neroditoare.

b Probleme psihologice care decurg din faptul că, de pildă, copiii părăsesc casa, probleme de identitate și de relaționare cu partenerul.

c Probleme legate de procesul de îmbătrânire. Situațiile pot fi trăite altfel în această perioadă când apare ideea de sfârșit al existenței. Alte modele de comportament trebuie învățate. Aceasta înseamnă un risc mai mare de stres și o diminuare temporară a capacității de soluționare a problemelor.

Adaptarea nu este pusă la încercare numai de aceste perioade, ci și de alte schimbări din cursul vieții[3].

d Un curs obstrucționat al carierei; o contradicție între cerințele sociale și rezultate.

e Ajungerea la vârf, unde se termină posibilitățile de avansare.

A coborî pe linia vieții înseamnă a valorifica (financiar) mai greu poziția socială.

Schimbări intervenite în muncă, mutarea cu locuința, divorțul, moartea unui partener sau pierderea unui copil pot fi atât de greu receptate încât să nu mai existe nici o capacitate de răspuns.

Medicul de familie va trebui să privească un pacient care traversează astfel de faze ca unul la care riscurile de îmbolnăvire sunt mărite, și să-i acorde atenție mai mare.

DESCRIERE GENERALĂ

Trebuie să se realizeze că medicina cursului vieții joacă un rol dificil de diferențiat în medicina familiei. Adesea, nu suntem cu totul conștienți de acest rol, pentru că sunt internalizate și cunoașterea pacientului și experiențele comune, care nu sunt întotdeauna *conștient* prezente. Totuși, se face uz de fixarea în memorie a cunoștințelor despre pacient, a cunoașterii tablourilor bolilor în procesul ipotetico-deductiv de formare a ipotezelor, care intervine în timpul formulării diagnosticului. Faptul acesta este de o mare valoare în cazul unei relații îndelungate cu pacientul, când medicul de familie pune în aplicare toată cunoașterea sa asupra multiplelor fațete ale pacientului: bolile pe care acesta le-a avut în trecut, posibilele urmări ale acestora, comportamentul de boală pe parcursul episoadelor trecute, reacțiile acestuia la circumstanțe stresante. Medicul de familie realizează pe jumătate conștient care sunt împrejurările de viață ale pacientului și ce influență ar putea avea acestea asupra naturii și conținutului suferințelor sale.

Totuși, este important ca aceste date cu privire la cursul vieții să nu fie lăsate să se depoziteze inconștient sau pe jumătate conștient, ci să fie aduse la lumina zilei și, pe cât posibil, înregistrate. Pacientul va schimba medicul de familie mai devreme sau mai târziu, fie prin propria alegere, fie prin forța împrejurărilor. Este deci important ca, prin intermediul înregistrării acestor date asupra cursului vieții, noul medic de familie să le poată folosi în diagnosticare și tratament. Se cade deci ca ele să fie manipulate de o manieră

Scanned with OKEN Scanner

conștientă. Numai în acest fel își poate câștiga dreptul continuitatea relației, care este una din trăsăturile esențiale ale medicinii medicului de familie.

ÎNCHEIERE

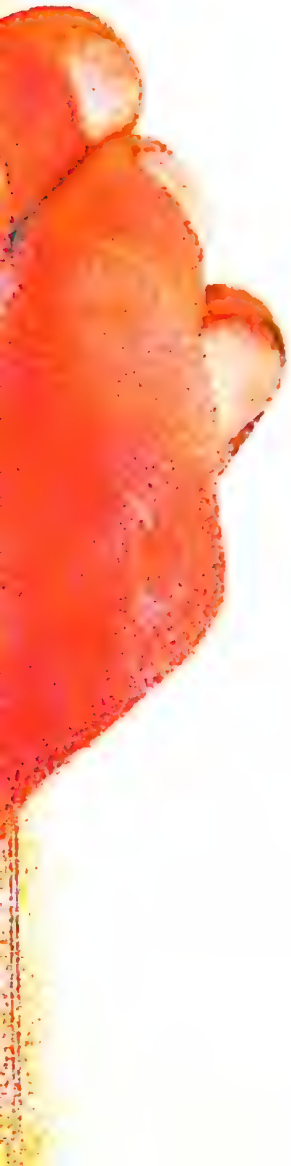
Cursul vieții unui pacient este deci determinat de factorii ereditari și culturali, și de experiențele personale, cursul vieții unui om, istoria lui îl fac pe fiecare ceea ce este. În funcție de cât de bine învață medicul de familie acest lucru, respectul lui pentru oameni va crește. Acest respect este condiția de bază pentru a sta alături de el în modul cel mai potrivit, pentru a da un sfat, pentru a-l trata și a-l asculta. Fără respect, o comunicare adevărată nu există.

Recunoașterea medicinii cursului vieții este, în fapt, o pledoarie implicită pentru o relație pe ani în șir dintre pacient și medicul de familie. Lucrul acesta este în contradicție cu, de pildă, formarea de centre medicale sau de practici, circumscripții de grup. Dar acestea sunt însă binevenite dacă, în cadrul lor, un pacient are un același medic al lui[4]. Creșterea mobilității populației poate sta însă parțial în calea unei relații de lungă durată.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Fry, J. *O nouă abordare a medicinii. Priorități și principii ale îngrijirii sănătății*, Baltimore, 1978.
2 Zeijlmans, J. G. *Menopauza și perimenopauza*, Dizertație, Utrecht, 1976.
3 Es, J. C. van *Pacienții-problemă*, Assen, 1967.
4 Pereira Gray, D. J., „Cheia pentru îngrijirea personală" , *J. Royal Coll. Gen. Pract.*, 1979, 29, 666.



Scanned with OKEN Scanner

10. Medicina integrală și psihosomatică

În capitolul 5 au fost discutate teorii ale condiției de a fi bolnav sau care puteau fi explicate prin aceea că se avea de a face cu suferințe. Teoria stresului a jucat un rol central între acestea. Dacă acum ne concentrăm asupra interdependenței dintre aspectele corporale, spirituale și sociale ale condiției de a fi bolnav, atunci ne vom regăsi, cu folos, în modelul în care stresul este central.

Acum se va demonstra că modalitatea psihosomatică este o perspectivă de a privi lucrurile. Faptul că medicul de familie se interesează în mod deosebit de legătura dintre corporal, spiritual și social, depinde de expectațiile formulate în ceea ce-l privește și de felul în care el însuși își stabilește îndatoririle ce decurg din astfel de așteptări. Nu este vorba numai de a constata dacă este sau nu un proces de boală, și dacă da, să fie eliminat. Este vorba de oamenii care se încredințează medicului și care vor să fie ajutați în totalitate. Prin unitatea și integritatea unui om se înțelege descoperirea dependențelor. Lucrul acesta este valabil nu numai pentru „renumite" boli psihosomatice ca astma bronșitică, dar și pentru afecțiuni somatice „adevărate", ca boli infecțioase și afecțiuni maligne.

Prin intermediul unei astfel de abordări, ajutorul medicului de familie constă în promovarea *integrității* pacientului. Dacă ajutorul nu este axat pe aceasta, procesul de acordare a jutorului se dispersează. Aceasta poate duce, între altele, la o fixare somatică. O fixare somatică poate fi cauzată de un mare număr de factori. Medicul care tratează are o influență și în această privință. Este deci important ca el să învețe să recunoască și să evite acest proces.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Medicina cursului vieții a fost discutată în capitolul precedent pe drept cuvânt ca o segmentare a duratei de către existența umană. Medicina integrală operează o resegmentare transversală în care corporalul, spiritualul și socialul sunt puse în lumină sub forma relațiilor dintre ele. Această modalitate de gândire este centrală în medicina integrală. Aceasta nu vrea să spună că fiecare din procesele corporale, spirituale sau sociale nu sunt importante ca atare. Din contră, dar acestea sunt arii de cercetare, domenii concentrate în fiziologie, biochimie, psihologie, sociologie. Un rol este jucat de schimburile dintre părți ale acestor domenii, dar sistemul în care este jucat acest rol este altul decât cel în care apare importanța medicinii integrale (vezi nota 1). Prin integrare, se va înțelege în general, „cuprinderea conștientă a scopului de a aduce diferitele părți componente la un tot armonic sau la o totalitate de ordin superior"[1].

Aceasta implică faptul că medicina integrală constă în ceva mai mult decât compunerea din cele trei componente (vezi nota 2). Totalitatea, unitatea unui organism este bine exprimată de termenul holism (grec: holos = totalitate) folosit pentru prima oară de J. C. Smuts. La origini, acesta a fost o reacție la explicațiile mecaniciste, localiciste și vitaliste ale vieții.

În loc de „integral", poate fi folosit termenul de „psihosomatic". Așa cum devine clar din acești termeni, aspectele sociale capătă o exprimare mai subliniată în medicina integrală decât în cea psihosomatică, dacă, în ambele cazuri, nu se uită de ele.

Medicina psihosomatică s-a dezvoltat mai ales după al doilea război mondial, deși termenul a fost continuu folosit de când, în 1818, Heinroth l-a lansat (în timpul în care a apărut psihiatria). Atenția medicinii psihosomatice s-a concentrat mai puternic pe un număr de boli la care caracterul psihosomatic era evident. Se știa de mult timp că astmul bronșic este puternic influențată de emoții și tensiuni. La fel se poate spune și despre ulcerul duodenal și colita ulceroasă.

Devine din ce în ce mai clar că medicina psihosomatică este o modalitate de abordare, un fel de a privi lucrurile. Medicul de familie își vede pacientul în mediul acestuia. Mai mult, medicul de familie este în situația de a ține cont, aproape de la sine înțeles, de emoții și stres. Querido a mers atât de departe încât a numit medicina integrală o specialitate a medicului de familie.

Vom discuta acum pe rând unele fațete ale unei abordări integrale.

ASPECTE INTEGRALE ALE CONDIȚIEI DE A FI BOLNAV

Dacă psihosomatica este într-adevăr o modalitate de a privi lucrurile, atunci lucrul acesta este cel mai bine explicabil prin contrast cu unele categorii de boli care nu au fost remarcate tradițional ca boli psihosomatice. Noi am ales dintre acestea „bolile infecțioase" și „afecțiunile maligne".

Scanned with OKEN Scanner

Bolile infecțioase

Se pare că bolile infecțioase se formează nu numai datorită scăderii capacității de apărare în fața infecției, dar și datorită altor factori. Este de la sine înțeles că cineva care este sub stres are o capacitate scăzută de rezistență la stres. Fiecare medic de familie știe aceasta din experiență, dar s-au afectuat și cercetări în acest sens.

Meyer și Haggerty[2] au controlat, pe durata unui an, 100 de membri din 16 familii, înregistrând toate bolile infecțioase care le-au fost prezentate în acea perioadă. Ei au efectuat regulat recoltări în gât și au determinat anticorpii serici. A rezultat că apariția unei infecții era corelată cu apariția unei situații care a condus la stres, după caz, moarte sau boală în familie, divorțul sau șomajul tatălui. Acești factori de stres au apărut de patru ori mai frecvent în cursul a două săptămâni premergătoare bolii, boală care a apărut prin instalarea unui streptococ ce s-a manifestat două săptămâni de la instalare. De asemenea, a apărut o legătură între infecțiile streptococice și stresul cronic.

Dintr-o cercetare a lui Heinricke și Westheimer[3] a reieșit că la preșcolari au apărut boli febrile în perioada în care au fost despărțiți (puțin) de mame.

Schellack[4] a găsit că, în cazuri de angină pectorală, există o relație cu o naștere intervenită în familie, cu concursuri și examene, și cu relații de dragoste constând din frica de a pierde propria personalitate.

Acestui cadru i se integrează de asemenea imaginea „anginei de căsătorie": apariția unei angine pectorale cu puțin înaintea contractării căsătoriei, a instalării unei relații fixe. Foarte cunoscută este relația dintre stres și tuberculoză. A se citi *Muntele vrăjit* al lui Thomas Mann. Conform lui Bräutigam[5], în devenirea manifestă a tuberculozei, un rol important este jucat de evenimentele stresante din relația cu partenerul sau la locul de muncă. De asemenea, se pare că, pe durata tratamentului cu antibiotice, rezultatele la pacienții sub stres sunt mai slabe decât cele ale pacienților care nu sunt sub stres.

Reiese că rezistența individului contra infecției este codeterminată de suferirea sau nu a unui stres. Aceasta este valabilă atât pentru infecțiile bacteriene, cât și pentru cele virale. Alături de aceștia, sunt mulți alți factori care au influență; despre aceștia nu se va insista aici.

Tumori maligne

Deja din vechime s-a stabilit o legătură între starea psihică și cancer. Galenus[6] a remarcat că de obicei, cancerul de sân apare mai frecvent la femeile melancolice decât la cele sanguinice. Cercetarea modernă s-a orientat spre două aspecte: starea/condiția spirituală (psihică) și caracteristici ale personalității.

Dintr-o mulțime de cercetări[7] a rezultat că devenirea manifestă a cancerului are loc foarte des în urma pierderii șocante a cuiva, despărțirea de o persoană-cheie sau neatingerea unui scop al vieții. Aceste evenimente cauzează deci depresie care are ca urmare starea de neajutorare și pierderea speranței. Greene și Swisher[8] au cercetat cupluri de gemeni în care unul din ei a făcut leucemie. A rezultat că acesta a suferit pierderi foarte grave și frustrații, în

Scanned with OKEN Scanner

timp ce celălalt a avut o viață relativ fericită. Și LeShan[9] a depistat această lipsă fundamentală de speranță („disperarea" lui Kierkegaard) la pacienții de cancer. El a găsit la aceștia următoarele caracteristici:

a pacienții de cancer au pierdut, înaintea diagnosticării bolii, o persoană extrem de importantă;

b ei nu pot să exprime în afară, să-și dea drumul la sentimente de dușmănie și mânie;

c există tensiuni irezolvabile ca urmare a morții unuia din părinți.

Acești pacienți sunt, din cauza tuturor acestor factori, depresivi. Adesea, disperarea este înăbușită, iar pacientul devine iar activ și orientat către cei din preajmă. Această extrovertire poate fi un semn că pacientul nu vrea să se adâncească în propriile emoții și sentimente. De asemenea, a apărut că pacienții de cancer și-au resimțit mama ca fiind lipsită de sentimente și rece, iar tatăl ca oferind puțină protecție. Ei nu au învățat în copilărie să-și exprime sentimentele și să trăiască prin a avea încredere în alții. Este de la sine înțeles că, *mutatis mutandis*, acestea sunt valabile și pentru bolile infecțioase: o serie de alți factori care contribuie la apariția tumorilor maligne nu vor mai fi abordați aici.

Din ceea ce s-a spus despre apariția bolilor infecțioase și tumorilor maligne reiese că modelul stresului, așa cum a fost descris în capitolul 8, se aplică și aici. Atât ceea ce s-a sedimentat în prima tinerețe ca mod de a avea de a face cu stresul, cât și relativ scăzuta capacitate de rezolvare a problemelor conduc, în ultimă instanță, la boală și chiar la moarte. Cunoașterea acestei concluzii poate contribui la un diagnostic integral. Aceasta poate avea sau poate să nu aibă consecințe terapeutice. Pentru luarea de măsuri efective – ca în cazul cancerului – este adesea prea târziu. Totuși, medicul poate fi de ajutor prin „deblocarea" pacientului, ceea ce poate fi de mare valoare pentru timpul pe care îl mai are de trăit. Este probabil ca aceasta să influențeze prognoza?

Toate acestea indică de asemenea cât de importantă este cunoașterea unei situații și prelucrarea problemelor de rezolvat pentru viața de mai târziu. Cu siguranță că prin oferirea de sfaturi se efectuează și o muncă preventivă.

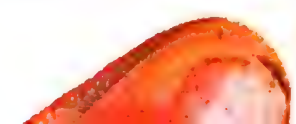
Toate acestea nu exclud faptul că cele ce s-au discutat nu formează o *condiție* pentru apariția unei boli, dar că, pentru aceasta, este nevoie de mai mult. Despre acestea nu se va insista acum.

Este cunoscut că alte stări de boală pot apărea sub stres. Lucrul acesta este clar pentru schimbul de substanțe și afecțiuni endocrine, pentru ulcer duodenal și astma bronșitică, și pentru tulburările funcționale. Despre alte boli nu se va vorbi mai mult; cancerul și bolile infecțioase au aici numai o funcție exemplificatoare.

REACȚII PSIHICE LA AFECȚIUNI SOMATICE

Până acum s-a discutat asupra acelei părți a medicinii integrale în care bolile corporale apar (și) sub influența stresului psihosocial.

Există însă și o relație inversă: a fi bolnav fizic reclamă reacții psihice și sociale. Acestea sunt de naturi diferite, în funcție de suferințele somatice și de persoana în cauză. Se pot distinge următoarele categorii de reacții:



Cineva devine bolnav acut și dovedește a avea sindromul „pur și simplu nu mă simt bine"; aceasta din urmă este o fază în reacția la stres (stresorul este, de pildă, un virus). Senzația de boală aduce nevoia specială de a se face ceva; acea persoană nu mai este în condiția satisfăcătoare de a comunica. El se pune singur în afara vieții normale, pentru că simte că nu mai poate lua parte la ea. Pe de o parte, aceasta poate provoca sentimentul de vinovăție și neputință, pe de alta, un sentiment de ușurare pentru că este eliberat – cel puțin temporar – de unele îndatoriri. Bolnavul are sentimentul că i se cuvine toată atenția. Aceasta poate, în sine, constitui un model de reactivitate bun care să contribuie la restabilire.

Un proces de boală poate începe și în alt fel. Pacientul poate avea suferințe și semne de boală care presupun că în organismul lui ceva se întâmplă. Suferințele pot fi atât de intense – de pildă, durere – încât se impune o consultație. Nu de puține ori, această fază se asociază cu anxietate, frică de o boală gravă, de invaliditate și de deprivare. Frica poate duce la solicitarea ajutorului. Pacientul se poate simți foarte amenințat. Semnele de boală pot aduce cu ele sentimentul de rușine pentru a fi altfel decât ceilalți, cei sănătoși. Rușinea poate apărea și pentru a avea anumite anormalități, de exemplu, anormalități ale pielii, sânilor sau organelor genitale. Uneori, aceasta se asociază cu sentimentul că boala este o pedeapsă, că omul însuși este vinovat de boala ce-a făcut-o. Lucrul acesta poate fi rațional, pe drept, în cazul unei boli venerice sau cancerului de plămâni la un fumător. A fi bolnav pune la încercare propria valoare: *„eu* nu mă îmbolnăvesc, eu nu sunt bolnav". O dată intrat în rolul de pacient, cineva poate să se simtă mai în siguranță. Omul este evaluatorul multor scopuri, el poate lăsa munca să aștepte; poate fi scuzat. Lucrul acesta face uneori dificilă reîntoarecerea la starea normală după refacere.

De asemenea, alte reacții produc o boală îndelungată. La anumiți pacienți, sentimentele de frică, vinovăție, rușine și îndoială devin fundamentale. Alții manifestă semne de regresie. Lederer[10] a diferențiat patru elemente: egocentricitatea, camuflarea necazurilor, suprasolicitările, ipohondria și dependența emoțională. Pentru pacient, buna funcționare a corpului lui este cea mai importantă și cei din jur trebuie să se adapteze. Bolnavul se manifestă astfel ca cei din jur să fie de acord cu preocupările lui și, pe parcurs, îi poate tiraniza. Egocentricitatea aduce cu sine o reducere continuă a sferei obiectului suprasolicitării, necazurilor; el nu mai are decât un interes redus pentru ceea ce se întâmplă în lumea din afară sau cu ceilalți. Prin acestea, dar și prin faptul că el stă în afara proceselor sociale „normale", se ridică marele risc al însingurării. Suferințele pe care le are un pacient îl fac adesea ipohondru; toate semnele de boală sunt analizate la scară mare și sunt interpretate minuțios. Dependența emoțională vine aproape de la sine.

Această dependență – parte ca urmare a nevoii reale de ajutorare a pacientului, parte, ca urmare a celorlalte trei caracteristici ale regresiei numite de Lederer – poate aduce cu sine sentimente ambivalente cu privire la mediul înconjurător, dar toate acestea pot fi și reclamate, provocate de către mediu.

Scanned with OKEN Scanner

Reacțiile și sentimentele pacientului pot, la rândul lor, influența procesul de boală. Temperamentul pacientului poate fi determinant în procesul de vindecare. Sentimentele pacientului au, de la sine-înțeles, o influență asupra îndeplinirii rolului de pacient. Reacțiile pacientului muribund merită atenție specială; asupra acestora se va reveni într-un capitol anume consacrat.

PROCESUL DE FIXARE SOMATICĂ

Din practică reiese că, adesea, un proces se produce atunci când se deteriorează relațiile reciproce dintre fizic, spiritual și social. Acesta se poate exprima într-o explicație pur somatică a suferințelor care sunt o urmare a multiplei acumulări de probleme, ceea ce revine la a considera că, între medic și pacient, numai somaticul este de deliberat.

Acesta este, de pildă, cazul cu un pacient care își consultă medicul de familie pentru că este prea obosit. Medicul de familie ia o anamneză și investighează, fără a găsi o manifestare clară a suferinței. Persoana are supărări la locul de muncă, se simte amenințat că nu-și poate menține poziția în întreprindere. Aceasta are consecințe asupra relației cu soția. Toate acestea nu sunt în ordine. Oboseala, care nu poate fi explicată de investigarea corporală, persistă. Aceasta este suficientă pentru o trimitere la internist care, de exemplu, găsește o diminuare a funcției ficatului. Aceasta este considerată de pacient o explicare pentru suferințele sale. El intră sub legislația de boală, iar conflictele de acasă capătă un alt caracter; el este, nu-i așa, bolnav. „Boala" devine un element important în cadrul interacțiunii și poate funcționa ca un alibi pentru amânarea problemelor reale. Definiția de mai sus și termenul „fixare somatică" provin de la Huygen[11] care, împreună cu colectivul său, a efectuat o cercetare asupra acestui sindrom[12]. El a acordat mai ales atenție rolului pe care pacientul îl poate îndeplini cu privire la familie și medic atunci când apare și se menține o fixare somatică. Se pot dezvolta procese *circulare* care reclamă și mențin fixarea somatică. Un astfel de proces circular poate intra în funcție pe diferite puncte ale cercului. Acestea pot fi, de pildă, un eveniment stresant; este dificil ca cel în cauză să se afle într-o fază în care capacitatea lui de soluționare a problemelor este diminuată; de asemenea, sănătatea poate fi minată prin repetarea unei boli. Conform cercetării lui Huygens și colab., există o serie întreagă de factori care intervin într-un astfel de proces circular. Nu toți factorii intervin în toate sau în fiecare caz. Înainte de a enumera acești factori, se cade amintit că cercetarea a privit mai cu seamă cadrul medicinii familiei. Aceasta, așa cum este discutată în acest capitol, este totuși suficientă pentru a demonstra cât de dependente reciproc sunt psihosomatica și medicina familiei, ceea ce este valabil și pentru medicina cursului vieții.

Grupul Huygens a identificat următoarele *cicluri* (care deci pot prelua un input pe oricare din puncte!):

a O receptivitate mărită la boală poate fi întărită, promovată de o capacitate slabă de rezolvare a problemelor și poate, la rândul ei, constitui o stare de ne-

Scanned with OKEN Scanner

sănătate și poate aduce cu sine boală. Aceasta din urmă poate avea o influență nefastă asupra capacității de rezolvarea problemelor etc. (vezi capitolul 8).

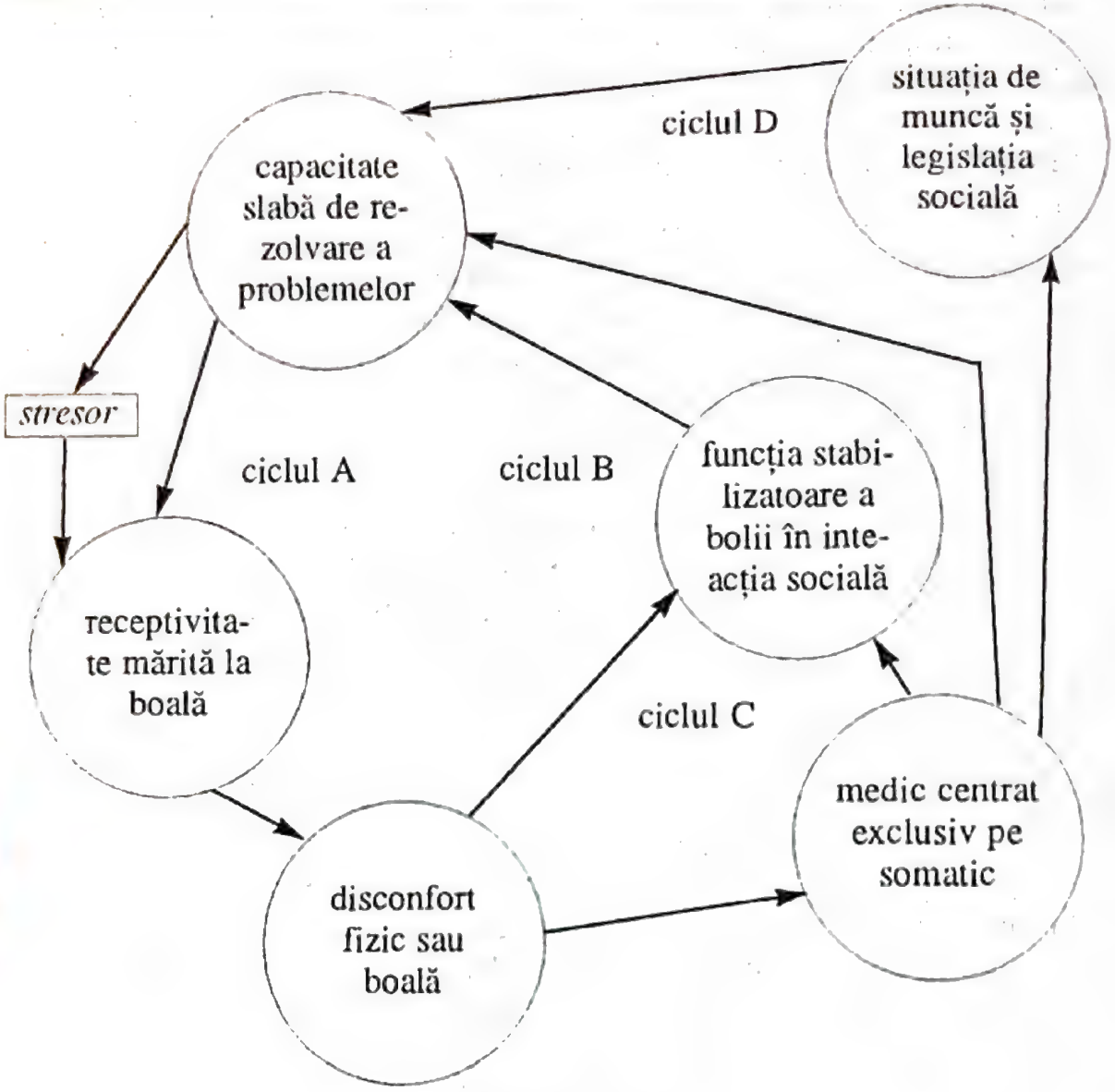


Figura 10–1
Schema ciclurilor (adaptare a schemei lui Huygen).

b Aceste elemente reapar în al doilea ciclu, dar, pe deasupra, a avea suferințe sau a fi bolnav poate avea o funcție stabilizatoare în interacțiunea socială. Cu alte cuvinte, dacă într-o familie există un echilibru labil, cu relații problematice, prezența cuiva cu suferințe sau boală poate echilibra stabil relațiile. Conflictele prezente pot fi înăbușite; este vorba de „comportamentul de evitare". Despre acesta se va vorbi mai mult în acest capitol.

c Elementele input apar și în ciclul trei, dar, pe deasupra, medicul este cel ce promovează fixarea somatică. și anume, dacă acesta acordă atenție exclusivă somaticului, atunci apare riscul foarte mare ca pacientul și cei din jurul lui să fie convinși pe această linie și, într-adevăr, să se instaleze boala fizică.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru medic, pacientul are deci fie o boală fizică, fie una, dacă acesta este cazul, „psihică". O asemenea concepție, care își găsește exprimarea în abordarea pacientului, poate avea consecințe funeste. Aceasta reiese din următorul exemplu.

Domnul Z, de 40 de ani, căsătorit (doi copii), administrator la un garaj, își consultă medicul de familie asupra unei dureri în abdomenul superior. Durerea este vagă și nu radiază în afară. Pacientul nu a avut colici. El poate mânca orice, cu condiția ca masa să nu fie prea copioasă. Consultul corporal nu a evidențiat nici o anormalitate, cu excepția unei dureri la palpare în epigastru. Testul urinii și fecalelor nu a indicat nimic anormal. Medicul de familie i-a spus pacientului că nu are nimic. I-a prescris un calmant ușor. După paisprezece zile, domnul Z a venit iar la consult. El se plânge că doarme mai mult ca de obicei, dar durerea nu s-a diminuat. Medicul de familie cere analize ale sângelui (sedimentare, procentajul de hemoglobină, numărul de leucocite, diferențierea celulelor albe) și un examen radiologic al stomacului și a căilor biliare. Toate aceste investigații au relevat stări normale.

Medicul de familie conchide iar că nu este vorba de o boală. Paisprezece zile mai târziu, domnul Z revine la medic cu aceleași suferințe. El vrea să fie trimis la un specialist. Internistul îl cercetează policlinic; el repetă analizele de sânge, urină, fecale și cere efectuarea unui examen radiologic al colonului. Când domnul Z a venit să ia rezultatele analizelor, a subliniat că durerea persistă. Internistul l-a internat în spital pentru observare clinică, iar perioada de observare a durat cinci săptămâni. Pe parcursul acestei perioade, s-au făcut o serie de cercetări: determinări de laborator, EOG, rectoscoscopie, sondaj duodenal, röntgen al abdomenului și bilei, pielograme, investigarea anatomopatologică prin extracția glandei submandibulare. Toate aceste cercetări nu au relevat nimic neobișnuit. Numai amilaza din sânge este ceva mai ridicată. S-a stabilit diagnoza de „pancreopatie", pentru care s-au prescris niște tablete.

Pacientul a lipsit, datorită tuturor acestor investigații, de la muncă aproape trei luni. Câteva săptămâni de la externare, el s-a întors la lucru. El rămâne sub controlul internistului. Pe parcursul anului, medicul de familie nu l-a văzut decât o dată, datorită unei gripe. El relatează medicului de familie că specialistul nu a mai făcut nici o investigație și că are mereu de a face cu o nouă rețetă. Durerile însă nu s-au micșorat. Nu mult după asta, el s-a prezentat la ora de consult neprogramată cerând o trimitere la un psihiatru. „Nu mai înțeleg nimic", s-a plâns el, „doctorul X spune dintr-o dată că nu am nimic și că totul este o chestiune psihică și că trebuie să merg la psihiatru. Am impresia că l-am agasat și că mă crede prea insistent." Domnul Z, care suferă acum de insomnii și nervozitate pentru că lucrul nu-i merge bine – el s-a identificat cu durerea lui – a venit la psihiatru care a stabilit diagnoza de „neuroză de organ". S-au prescris diverse tranchilizante în doze relativ ridicate.

Două luni mai târziu, domnul Z a fost internat în spital în stare de inconștiență și cu contuzii la cap: în stare de somnolență, s-a lovit cu motoreta de un copac. După vindecarea contuziilor, el a rămas mult timp cu dureri de cap. El a mai lipsit alte trei luni de la lucru. La întoarcerea la muncă, patronul i-a spus că ar fi mai bine să intre sub legislația de boală: „el nu-l mai

Scanned with OKEN Scanner

poate totuși folosi la lucru". El consideră de altfel, că domnul Z nu mai lucrează bine în ultimul timp, și este mulțumit că-l poate „concedia" via o pensionare temporară de boală. Domnul Z este confruntat cu riscul de a se alătura armatei de șomeri. El continuă să aibă dureri abdominale, dar durerea de cap a devenit principala suferință. Rezultatul final este următorul:

a Un om care, cu un an și jumătate înainte, funcționa încă normal, a devenit declasat, neurotizat prin daune provocate, cu suferințe post-comoționale și care se află sub teroarea unei afecțiuni maligne.

b O familie care suferă de pe urma prezenței unui tată bolnav de luni de zile. Din punct de vedere social, familia are de asemenea de suferit.

De remarcat în această relatare a unei boli este că s-a gândit în termeni de „sau – sau": fie este vorba de o boală fizică, fie de una „psihică". Cazul trebuia gândit în termeni de „și – și". Este vorba aici – așa cum s-a mai subliniat – de relațiile reciproce dintre fizic, psihic și social.

Mai există *încă un ciclu* privind medicina familiei care nu a fost preluat în cercetarea lui Huygen, dar care este extrem de important și care apare deosebit de des. Acest ciclu cuprinde multitudinea de factori enumerați, plus un număr de *factori sociali*.

Prin aceasta se înțeleg următoarele. Cele două terenuri pe care stresul este resimțit sunt familia și locul de muncă. Adesea, trăirea unui stres în situația de muncă apare drept o deprivare de capacitate de soluționare a problemelor se asociază cu absentarea de la lucru. Aceasta poate avea diferite cauze.

a Stresul a adus cu sine atâta suferință și boală încât munca a devenit imposibilă.

b Situația stresantă poate fi ameliorată prin declararea cuiva bolnav.

O dată intrat sub legislația de boală, reîntoarcerea la lucru este mai dificilă. Mai întâi, stresul a apărut într-o situație care, pentru ceilalți de la locul de muncă, nu este stresantă. Nu de puține ori, se dezvoltă o atitudine negativă, de exemplu, față de șef sau colegii din schimb, atitudine care nu este ușor de învins. Reîntoarcerea la locul de muncă este îngreunată și de schimbările care au avut loc între timp. Uneori, fuzionările și reorganizările sunt o cauză de stres. Cel în cauză poate fi „dezarmat în fața" acestora, mai ales dacă nu a fost prezent un timp. Se mai poate ca, dacă nu este prea mult de lucru pentru un grup de muncă, acesta să fie mulțumit că cineva absentează, și acesta chiar este încurajat să se întoarcă numai când este pe deplin restabilit. Legislația de boală și pensionarea de boală (WAO) preiau o parte a șomajului. Beneficiul social este mai puțin obiect al unui control financiar strict în cazul celui de boală. Nu există presiunea socială de a relua lucru ca în cazul șomerilor.

Nu trebuie pierdut însă din vedere că sistemul cere omului capacitate și voința de a munci, i se cere să presteze o muncă. Din cercetări reiese însă că participarea la procesul de muncă este determinată de limitele procesului de muncă însuși. Omenii nu sunt acceptați prea ușor în câmpul muncii; o muncă potrivită este adesea de negăsit.

Toate acestea încurajează rămânerea la rolul de pacient și pot chiar întări suferințele. Cu cât durează mai mult absentarea de la lucru, cu atât mai dificilă este întoarcerea la o situație normală.

Scanned with OKEN Scanner

ABORDAREA PSIHOSOMATICA

Realizarea practică a abordării psihosomatice nu este ușoară, dar nici imposibilă. Nu întotdeauna este cazul să păstrăm în vizor aspectele fizice, psihice și sociale. De aceea, Jaspers spune: „Medicamentul nu vindecă fără a avea ideea că vindecă." Altfel spus, există o anumită manieră de a aborda, de a privi la pacienți și suferințele lor. Aceasta nu înseamnă că este vorba de un fel de abstracție filozofică. Din contra, există foarte multe date privitoare la abordarea psihosomatică.

O primă condiție a acesteia este ca medicul de familie să se intereseze atât de aspectele fizice, cât și de cele psihice și sociale. Apoi, el trebuie să cunoască relația dintre ele. El poate astfel să construiască o modalitate de lucru ca cea descrisă în capitolul 8. Asupra unora din elementele menționate acolo, se va reveni acum.

De cea mai mare însemnătate este ca medicul de familie să lucreze sistematic. Aceasta previne pierderea din vedere sau uitarea unor aspecte. Van Aalderen și colab. a făcut din aceasta un concept foarte util sub forma „muncii metodice"[14]. Această manieră de lucru, chiar dacă nu își propune în mod strict o abordare integrală, este totuși o formă de a aplica consecvent această abordare. Multe informații asupra muncii metodice au fost date în capitolul 8. Aici se va insista asupra importanței metodei în cadrul abordării integrale.

a În prima fază (preluarea), scopul, între altele, este de a stabili, împreună cu pacientul, care este obiectul solicitării de ajutor. Aceasta are drept consecință faptul că medicul de familie trebuie să se deschidă pacientului – „ca un crater" – și să fie cu deosebire orientat, centrat pe pacient. Aici există loc nu numai pentru suferințele fizice, dar și pentru cum sunt trăite evenimentele și circumstanțele în care trăiește pacientul. Dacă toate acestea capătă accesibilitate în cadrul contactului, atunci o abordare integrală este deja foarte posibilă.

b În a doua fază (efectuarea planului de tratament) se disting mai multe categorii de solicitare a asistenței: solicitări somatice, dar și pe terenul psihosocial, și aici apare posibilitatea unei abordări integrale. Important este mai ales ca planul de tratament să se stabilească de comun acord cu pacientul. Dacă planul este stabilit conștient, riscul unei fixări somatice se diminuează deja, iar șansa abordării integrale crește.

Medicul de familie trebuie să-și distribuie atenția pe multe câmpuri. El trebuie să se concentreze alternativ când asupra unora, când asupra altora, dar, în final, el trebuie să ajungă la reciprocitatea relațiilor dintre câmpuri. Astfel, în cazul unui pacient cu tuse și temperatură, el se va concentra pe cercetarea plămânilor, dar mai apoi, el va corela rezultatele investigației cu motivele pentru care pacientul a devenit bolnav și cu consecințele bolii asupra familiei. Ar fi un mod de gândire greșit dacă s-ar presupune că un stres psihic, care cauzează suferințe, trebuie tratat numai și numai psihic.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru psihogeneza unei boli, se poate foarte bine ca un tratament pur somatic să fie necesar, în timp ce boli având o cauză somatică certă pot uneori să fie tratate cu cooperarea psihologică. Ceea ce urmează este un exemplu în acest sens. Este cunoscut faptul că în situații amenințătoare secreția acidă și motorica stomacului pot scădea sau crește. Teama, depresia și sentimentul de pierdere de sine într-o situație pot duce la scădere, în timp ce agresivitatea și răutatea pot duce la o creștere. Apare deci o congestionare a mucoasei gastrice; pot apărea sângerări și ulcerații. Tratamentul psihologic este insuficient: pacientul are nevoie de un regim alimentar, de un tratament medicamentos și, eventual, chiar de o intervenție chirurgicală.

Acest exemplu este de completat cu zeci de alte exemple. O artrită reumatoidă își are adesea originea într-un stres. Dar, dacă pacientul va fi netratat medicamentos și lăsat fără fizioterapie, acesta va fi pur și simplu deprivat. Pentru un pacient cu o diminuată capacitate de rezolvare a problemelor, se va căuta o sursă de rezolvare a acestora în schimbarea situației sociale. Aceasta înseamnă deci că la o incapacitatea de a duce povara, povara trebuie redusă. În sfârșit, în cazul unei boli somatice nevindecabile, alături de combaterea simptomului, tratamentul psihologic este adesea singurul – și de mare importanță – ce poate fi oferit. Acesta se impune mai ales muribunzilor. Din aceasta reiese că omul nu trebuie tratat în trei compartimente diferite, pentru că nu există nici un divorț între corporal, psihic și social.

ÎNCHEIERE

La încheiere vom sublinia încă o dată că medicina integrală este foarte puternic întrepătrunsă atât cu medicina cursului vieții, cât și cu cea de familie. Cursul vieții este parțial influențat de ceea ce este mai târziu înregistrat ca stres. De asemenea, natura reacțiilor fizice este parțial influențate de cursul vieții. Despre procesul de somatizare și resomatizare care poate zace pe fundul acestuia se va discuta în capitolul 12.

Relația cu medicina familiei este la îndemână și a fost evidențiată în câteva rânduri. Este de remarcat faptul că mediul de muncă cade mai puțin sub incidența medicului de familie decât mediul din familie. Faptul este explicabil prin aceea că mediul de muncă constă din diferențierea complexă pe foarte multe terenuri – fabrici, birouri, întreprinderi agricole, spitale, hoteluri și restaurante etc. Ar fi cu mult prea mult pentru medicul de familie să fie priceput în toate aceste terenuri. Această îndatorire revine medicului de întreprindere.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 10

NOTA 1. TEORIA SISTEMELOR

Structurile vii, procesele vitale și organismele au caracter de sistem. Un sistem constă dintr-un număr de caracteristici, proprietăți[15].

a Există o certă ordine a organizării, ceea ce vrea să spună că structura și calitatea ei nu constau numai în asociere de părți. O casă, de pildă, este mai mult decât colecția de pietre, ciment, lemn și sticlă.

b Elementele se asociază împreună într-o astfel de relație încât numai împreună alcătuiesc un tot funcțional. Totalitatea nu este, de aceea, numai ceva mai mult decât părțile; este vorba de o altă dimensiune a „planului de construcție" ca atare.

c Structura și funcția conțin împreună o anumită cantitate de informație. Dacă cineva, vrând să analizeze un sistem, îl dezmembrează, de pildă, o parte de informație se pierde. Tocmai această pierdere de informație este importantă pentru că ea este indispensabilă înțelegerii sistemului. Totalitatea nu este niciodată reductibilă la o sumă de elemente.

Un sistem poate fi definit pe mai multe niveluri, și anume, celulă, țesut, organismul uman, organizație și (sub)cultură. Depinde de nivelul sistemului pe care omul vrea să-l dirijeze, ce anume concepte, teorii, modele și metode de cercetare sunt necesare. Familia ca sistem cere o altă abordare decât omul ca sistem sau inima.

Sistemele sunt întotdeauna în relație cu alte sisteme. Sisteme comparabile, compatibile formează rețele mai mari (celule – țesut; persoane – familie). Se formează de asemenrea, ierarhii de sisteme (nucleul ca parte a celulei; familia ca parte a rețelei sociale).

NOTA 2. BAZELE ISTORICE ALE MEDICINII INTEGRALE

Preocupări de gândire integrală se găsesc dinainte de al doilea război mondial, dar această formă de medicină s-a dezvoltat mai ales după război. Aceasta a fost parțial filosofic (Jaspers), parțial biologic (biologul von Uexküll), fundamentată în Germania. Medicina antropologică a trasat o relație între structurile biologice și funcționarea omului ca ființă spirituală. Jores[16], care a fost un exponent al acesteia, a diferențiat bolile „umane" de „ne-umane". Cele din urmă pot apărea la animale (boli infecțioase, boli de deficiență), iar primele apar în viața socială a oamenilor.

El a conchis că aceste boli apar pentru că s-au pierdut și relativizat multe valori și norme. Prin aceasta s-a câștigat mai multă libertate și posibilități de emancipare, dar în același timp s-a pierdut ceva din securitatea vieții. Concepția lui Jores se trage din cea a lui Rousseau care – pe aceeași linie –

Scanned with OKEN Scanner

considera boala o urmare a obiceiurilor culturale. Dezvoltarea ne-a îndepărtat de natură și de ceea ce este necesar, împingându-ne către nenecesar și supraabundent. Astfel apar bolile de civilizație. Pe baza viziunii lui Rousseau, a apărut conceptul neo-marxist de boală, care consideră apariția bolii ca un fapt ținând de societatea capitalistă[17].

Cercetătorii din domeniul psihosomaticii și-au îndreptat atenția tocmai către numitele „boli de civilizație". Mai ales în cazul acestor boli s-a evidențiat influența factorilor psihici în apariția și menținerea unor boli. O serie de boli chiar s-au numit psihosomatice (ulcerul duodenal, hipertensiunea esențială, artrita reumatoidă, tirotoxicoza, colita ulceroasă, neurodermatita și astma bronhică). Mai târziu, și-a făcut loc concepția conform căreia, într-un fel, în orice caz de boală intervin factori psihici. Psihosomatica a devenit, prin aceasta tot mai mult o modalitate de abordare a condiției de a fi bolnav și a bolii, și tot mai puțin numai o caracteristică a unor boli.

În zona anglo-saxonă au fost dezvoltate alte teorii asupra specificității, care vor fi amintite pe parcurs. Dunbar[18] a dezvoltat teoria conform căreia pentru ca un om să sufere de o anumită afecțiune psihosomatică este nevoie ca acesta să facă parte dintr-un tip de personalitate. Pe parcurs, aceasta teorie s-a dovedit a fi incompletă. Alexander[19] a fost de părere că anumite conflicte pot conduce la apariția anumitor boli psihosomatice. După el, există totuși o specificitate certă; dar aceasta nu depinde de tipul de personalitate, ci de natura situației conflictuale. Mai târziu, el a ajuns la concepția că cineva trebuie totuși să posede o anumită structură de personalitate pentru a face anumite afecțiuni și, în final[20], el ajuns la concluzia că, pentru o boală psihosomatică, trebuie să fie prezenți trei factori:

a trebuie să existe o sensibilitate înnăscută sau o predispoziție constituțională pentru boală;

b în prima perioadă a vieții, trebuie să fi apărut problematizări psihologice ale anumitor tipuri de conflicte;

c Pentru ca boala să se manifeste, trebuie să existe o exacerbare acută a conflictelor numite la b.

Alexander acordă valoare experiențelor timpurii în apariția de afecțiuni psihosomatice. Situația conflictuală actuală trebuie deci corelată cu ceea ce a fost problematic în trecut privind evenimentele din prezent.

Groen[21] trebuie și el menționat aici. Prin aceea că și el a acordat o mare însemnătate conflictului, concepția lui se aseamănă cu cea a lui Alexander. El este însă de părere că la suferinzii de ulcer duodenal nu există numai o frustrare de dorințe pasive, ci și un comportament activ direcționat către acestea cu intenția de a deveni independent de alții. După Groen, este vorba de un dublu conflict.

Rooymans[22] face, în acest cadru, o deosebire utilă între relația „specifică" și cea „tipică". O relație este specifică dacă există o legătură constantă între doi factori. Dacă această legătură nu există, dar există o dependență statistică semnificativă (care deci nu se verifică în toate cazurile), atunci el numește această relație tipică. El citează studii din care reiese că, de exemplu, există o

Scanned with OKEN Scanner

dependență tipică între bolile ulceroase și o anumită constelație emoțională, dar această relație nu este specifică. Foarte multe idei de resortul medicinii integrale au venit din SUA sub forma medicinii umanistice[23].

Valoarea acestei forme a medicinii integrale constă mai ales în aceea că teoriile, care au persistat în timp, au devenit utilizabile practic. Caracteristici ale acesteia sunt:

a cel ce acordă asistență, ajutor, nu se poate limita la manipularea, folosirea cunoștințelor și abilităților medicale;

b a fi bolnav este echivalent cu o disturbare a relației dintre corp, sentimente și spirit, iar acestea, în contextul relației cu ceilalți;

c în cadrul acordării de ajutor, trebuie stimulată preluarea responsabilității personale a pacientului;

d a fi bolnav poate constitui o șansă de creștere a personalității;

e în cadrul acordării ajutorului, trebuie respectată valoarea, calitatea umană a pacientului.

Un apel la holism este făcut de altfel și de o serie de modalități alternative de vindecare. Adesea, acestea sunt bazate pe fundamente religioase sau filozofice, și mai puțin pe experimentări și cunoștințe științifice. Cu siguranță, legătura pe care acestea o stabilesc cu întreaga medicină psihosomatică, este de regăsit în perioada romantică. În cadrul acestui curent de gândire, s-a căutat găsirea unei singure concepții asupra bolii. Romantismul poate fi cu greu sintetizat în câteva cuvinte, dar o caracteristică esențială se desprinde totuși, și anume, pe de o parte, individualizarea omului ca o mare evoluție singulară, iar pe de alta, o trăire a unei adânci dependențe cosmice dintre toate lucrurile. „Ele îl fac (pe om) ca un individ de sinestătător, dar care, în același timp, este un membru al universului care pulsează în ritmuri și curente cosmice"[24].

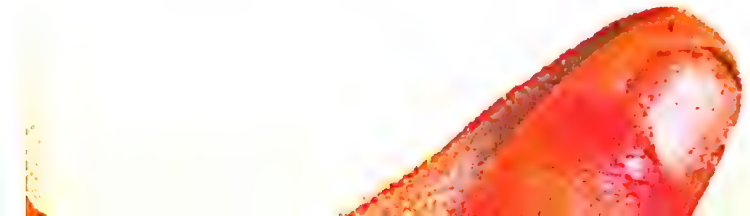
Huch a văzut în medicina romantică următoarele trăsături:

a Omul credea în existența unei singure boli care era la fundamentul tuturor celorlalte, care ar fi deci vindecabilă printr-un singur medicament, mijloc de vindecare. Lucrul acesta a fost interpretat în variate feluri. Mesmer a spus că toate puterile vindecătoare se află în magnetism, în timp ce Markus a considerat că toate inflamațiile se regăsesc într-un singur tip.

b O a doua trăsătură a fost că s-a intenționat exercitarea medicinii ca pe o artă. Pentru exercitarea profesiei de medic, omul trebuie să posede talent.

c Știința și arta pot evolua împreună și se pot înălța, ceea ce numai în religie se mai poate găsi.

Visul unei teorii atotexplicative încă nu s-a stins; se mai găsesc și acum astfel de elemente în unele teorii: în medicina antropologică, în psihosomatică și de asemenea în medicina integrală se mai pot regăsi astfel de dorințe.



Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 *Marele Dicționar Winkler Prins*, Amsterdam, 1976.
2 Meyer, R. J. și R. J. Haggerty, „Infecții streptococice în familie", *Paediatrics*, 29, 1962, 539.
3 Heinricke, Ch. M. și J. Westheimer, *Scurte separări*, New York, 1965.
4 Schellack, D. „Factorii neurotici psihologici în etiologia și patogeneza amigdalelor", *Z. Psychosom. Med.*, 4, 1957/58, 15.
5 Bräutigam, W. „Beobachtungen zur Erkrankunssituation und zur Psychotherapie bei Lungentuberkulosen.",*Z. Psychother. Med. Psich.*, 5, 1957, 104.
6 Citat de Bahson, C. B., „Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension", *Manualul de medicină psihosomatică*, München-Viena-Baltimore, 1979.
7 *Ibid.*
8 Greene, W. A. și S. N. Swisher, „Variabile psihologice și somatice asociate cu dezvoltarea și cursul discordanței dintre germenii monozigotici față de leucemie", *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 164(2), 1969, 394.
9 LeShan, L., „Un model de istorie de viață emoțională asociată neoplasmului", *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 125(3), 1966.
10 Lederer, H. D., „Cum își privește bolnavul lumea", Jaco, E. G. (ed.), *Pacienți, medici și boli*, Glencoe, 1958.
11 Huygen, F. J. A., „Prevenirea fixării somatice" I, *Medicul de familie și Știința*, 21, 1978, 363.
12 Smits, A., J. van Eijk et al., „Prevenirea fixării somatice"II., *Medicul de familie și Știința*, 21, 1978, 366.
Grol, R., J. van Eijk et al., „Prevenirea fixării somatice" III, IV și V, *Medicul de familie și Știința*, 21, 1978, 402, 406, 486.
13 Zweekhorst, W. A., *Asigurările pentru incapacitate de muncă*, Utrecht, 1979.
14 Holten-Vriesma, J., C. Tompot, H. van Aalderen, „A lucra metodic", *Medicul de familie și Știința*, 21, 1978, 322.
15 Vries, M. J. de, „Teoria sistemelor și formă generală de învățare a bolilor" I și II, *Med. Contact*, 1979, 1585.
16 Jores, A., *Omul și bolile lui*, Utrecht, 1961.
17 Kilian, H., „Kritische Theorie der Medizin", *Das Argument. Zeitsch. f. Phil. und* Sozialwiss., 60, 1972.
18 Dunbar, F. *Emoțiile și schimbările corporale*, New York, 1955.
19 Alexander F., *Medicina psihosomatică (Psychosomatic medicine)*, Londra, 1952.
20 Alexander, F. et al., *Specificitatea psihosomatică*, Chicago-Londra, 1968.
21 Groen, J., „Specificitatea psihosomatică pentru etiologia ulcerului peptic", *Psychother. psychosom.*, 19, 1971, 295.

Scanned with OKEN Scanner

11. Medicina de familie

Ca medic, cineva se concentrează asupra persoanei care-i cere ajutorul. Dacă mai mulți oameni din aceeași familie consultă un același medic de familie – ceea ce este o uzanță – atunci medicul de familie este în situația de a lua în seamă interdependența dintre boli și suferințe. O astfel de interdependență poate avea o fundamentare foarte diversificată. Aceasta se poate explica din faptul că viața în cadrul unei familii e constituită în cadrul unei gospodării, ai cărei membri sunt supuși acelorași influențe, se influențează reciproc fizic și psihic, și adesea demonstrează potriviri genetice. Membrii unei familii formează un grup primar în care influențarea multiplă reciprocă este foarte intensă. Copiii cresc în cadrul acesteia, traversând perioade când influența este foarte puternică până la a fi formați de aceasta.

Cauze ale bolilor pot rezida în cadrul familiei, atât prin molipsire, cât și prin interacțiunea care duce la stres. Observând aspectele fizice, psihologice și sociale specifice unei familii, și ținând cont de acestea în urmărirea bolnavilor, medicul de familie poate adăuga o nouă dimensiune existenței acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Aportul medicului de familie cuprinde, în afara medicinii cursului vieții și a celei integrale, medicina-de-familie. El poate, prin propria contribuție, să învețe să vadă semnificația familiei ca mediu al pacientului. *Acolo* este pacientul îngrijit, dar tot *acolo* este el nepregătit, neapărat în fața bolii. De asemenea, medicul de familie are de a face cu familia pentru că el are ca pacienți aproape toți membrii unei familii. El a fost în situația de a învăța să cunoască interacțiunea dintre membrii unei familii.

Cât timp convietuirea noastră socială era congruentă (cuprinsă într-o perspectivă), medicul de familie a putut privi familia în contextul ei social și a putut observa schimburile cu alte domenii sociale.

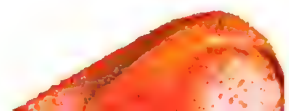
Multe s-au schimbat între timp. Sistemul sănătății publice a dezvoltat, în beneficiul diferitelor medii sociale, ramuri ale medicinii sociale: medicina din cadrul școlilor (servicii medicale pentru tineri) și cea de întreprindere. Medicina de familie a rămas însă terenul medicului de familie. Mult timp, importanța acestui fapt nu a fost remarcată, dar în ultimele decenii rolul medicului de familie a devenit mult mai conștient. Desigur că aceasta ne face să ne gândim că viața de familie în Olanda a fost atât de înalt evaluată încât medicina familiei i-a acordat toată atenția.

Pentru dezvoltarea mai sistematică, Huygen a fost un pionier important. „Revitalizarea" medicului de familie a început de fapt în SUA și Canada o dată cu considerarea aportului medicului de familie ca asistență medicală a populației.

CE ESTE O FAMILIE?

Literatura despre sociologia familiei a făcut loc unor discuții ample asupra întrebării ce trebuie să se înțeleagă prin familie. Se pare că sunt foarte multe definiții. Astfel, un studiu este de valoare dacă poate ajuta la a relativiza ceea ce se înțelege prin „normal" (vezi nota 1). Noi ne vom limita la a da o definiție ca cea folosită de CBS[1] și care este o variantă a unei definiții date de Kooy[2]. Definiția sună astfel: „o familie este o unitate socială, care ia ființă prin căsătorie și care constă din soți cu copii necăsătoriți pentru care se îndeplinește rolul de părinți; membrii locuiesc în același loc". Cu alte cuvinte: familia constă din bărbat, femeie și copiii care locuiesc într-o aceeași casă. Copiii nu trebuie neapărat să fie „proprii" copii, ei pot fi copii adoptați sau vitregi/în îngrijire. De fapt, această definiție fixează limitele superioare. Unii membri pot lipsi, prin divorț, moarte sau devenirea adultă a copiilor.

Familia formează o gospodărie, prin care CBS înțelege „orice grup de două sau mai multe persoane care locuiesc împreună, care desfășoară o gospodărire în comun". Acum, sunt destui oameni care nu trăiesc într-o fa-



Scanned with OKEN Scanner

milie, ci într-una din formele de gospodărie. Așa a fost întotdeauna. Mereu au fost oameni care au locuit singuri, sau frați și surori care au alcătuit o gospodărie, părinți care locuiesc la copii, familii tradiționale de trei generații.

Până la 1970, se părea că familia devenea tot mai populară[3]. Până la acest an, numărul căsătoriilor a crescut. De la 1970, numărul acestora s-a redus mult, deși vârsta la căsătorie a rămas aproximativ aceeași. Comparativ cu 1970, în 1978, scăderea a fost de 35%! Din 1 000 de femei la vârstă maritală, numai 692 contractau o căsătorie (cam ca în anul de criză 1932 sau anul de război 1944), câțiva ani înainte cifra ridicându-se la aproape 1 000. Această ridicare relativă are mai multe cauze: a o amânare temporară a încheierii căsătoriei; b îndepărtarea definitivă de căsătorie. La aceasta a contribuit mult acceptarea altor forme de conviețuire, dorința de a nu avea copii, creșterea acceptării rolului de părinte necăsătorit și accentul crescând pe dezavantajele căsătoriei. O amânare temporară a căsătoriei este favorizată de scăderea căsătoriilor reușite, de situația economică deteriorată și de amânarea încheierii căsătoriei până la prefigurarea apariției unui copil.

Căsătoria se încheie deci mai târziu, iar vârsta la căsătorie crește corespunzător. Deși este dificilă prognozarea în acest domeniu, Van Poppel consideră totuși că întoarcerea la situația când 80% dintr-o generație se căsătoresc nu mai este previzibilă.

Se mai constată iar o creștere a divorțurilor. Parțial, aceasta este urmarea liberalizării *Legislației Civile*, care este efectul fenomenului social respectiv. Acest fenomen este cauzat cel mai mult de schimbările structurale cu privire la căsătorie și familie, care afectează toate grupele de vârstă. În 1991, la fiecare 100 de căsătorii încheiate s-au înregistrat 29 de divorțuri. Vârsta medie a fost, pentru bărbați, de 40,0, pentru femei, de 37,2, iar durata medie a căsătoriei, de 11,9 ani.

Și dorința de a avea copii s-a schimbat. Tot mai multe perechi nu vor să aibă copii, sau nu vor într-o primă fază; este vorba deci de amânare. Din cercetări[4] reiese că mai ales factorii psiho-sociali sunt aceia care influențează hotărârea de a nu avea copii: funcție de accentul pe care oamenii îl pun pe faptul că a avea copii presupune de la sine înțeles o casă, o gospodărie și ideea că o familie este împlinită numai cu copii, intenția de a nu avea copii scade. Grijile și problemele ridicate de alimentație și creșterea copiilor pot scădea această intenție. A nu avea copii este mai frecvent la perechile în care ambii lucrează, soția are studii superioare, nu fac parte dintr-o comunitate bisericească, și căsătoria a fost încheiată mai târziu.

Este foarte dificil să se ofere date sigure, dar se așteaptă ca hotărârea de a nu avea copii să ajungă la 18% din familii (vezi nota 2)[5].

Reiese deci cu certitudine că familia (familia nucleu) nu mai este și nu va mai fi singura formă de conviețuire; nu a fost niciodată, dar în societatea de azi, încă și mai puțin. Lucrul acesta are, de la sine înțeles, influență asupra muncii medicului de familie care va avea de a face cu diverse forme de conviețuire pentru a evalua influențele reciproce.

Scanned with OKEN Scanner

Poate că aceste fenomene fac termenul medicină de familiei ușor golit de sens. Huygen[6] concepe, de aceea, familia mai cuprinzător: „grupul mic în care membrii locuiesc, mănâncă și dorm împreună, sau orice formă de compunere care face posibile toate acestea; foarte important este ca acest grup mic să aibă în comun o istorie și un viitor propriu". A trăi temporar în afara acestei conviețuiri nu este luată în considerare în această definiție.

Sociologia familiei are rezerve față de această definiție, dar ea recunoaște ca reale aspectele cu care are de a face medicul de familie, și anume conviețuirea permanentă, continuitatea relațiilor de familie, gospodărirea în comun și participarea la relațiile interumane.

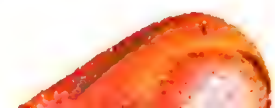
TIPURI DE FAMILIE

Definiția dată de Kooy presupune de asemenea diferite tipuri de familie. Cunoașterea acestora este importantă și pentru medicul de familie pentru că, cu ajutorul acestora, el poate mai bine înțelege posibilitățile și imposibilitățile în probleme de prevenire, diagnostic și terapie.

Pentru înțelegerea structurilor de familie – care desemnează tipurile – este importantă noțiunea de *individualizarea familiei*. Prin aceasta se înțelege procesul prin care familiile sunt separate de legăturile intense de viață ca cele de „clan" sau sat, sau comunitate de vecinătate. Funcție de pierderea caracterului de unitate productivă al satului, clanului sau grupului, s-a destrămat și schimbul de servicii între vecini, ajutorarea familiilor. Membrii unei familii sunt înclinați de a avea propria viață, iar familiile de a se separa de viața de comunitate. Familia capătă astfel caracterul de *familie închisă*. A fi închis se răsfrânge asupra relației cu mediul imediat. O familie închisă se autodezvoltă și este liberă de alte familii. O caracteristică a familiei închise este libertatea de a alege relațiile exterioare. A fi închis nu este identic cu a fi izolat!

Din contră, *familia deschisă* este inserată în mediul imediat și receptivă la influențele acestuia. Libertatea de alegere a relațiilor sociale este redusă; omul primește un loc într-o anumită structură. A fi închis sau deschis depinde în mare măsură de relațiile externe. După Bott[7], aceste relații au caracterul de „rețea socială". Spre deosebire de grup, într-o rețea nu fiecare se cunoaște cu fiecare. O rețea nu este o unitate socială; ea nu are granițe, după Bott. În funcție de mai multele sau mai puținele reciprocități dintre oameni, o rețea este „strâns înnodată" sau „lejer înnodată". Butt a distins trei structuri.

O rețea strâns înnodată apare atunci când soțul și soția au crescut împreună cu prieteni și vecini și au rămas să locuiască acolo și după căsătorie. Se obișnuiește ca bărbații să lege prietenii, relații între ei, iar femeile, încă și mai mult, între ele. O prietenie între un bărbat și o femeie în afara familiei nu este posibilă. Bărbatul și femeia aduc cu ei în familie un număr de relații care se păstrează și după încheierea căsătoriei; ei aduc deci propria rețea. Aceste relații slăbesc pe parcurs, mai ales după apariția copiilor, dar posibilitatea de a ieși în afara familiei din nevoi emoționale rămâne. Nevoia de a „investi"



Scanned with OKEN Scanner

emoțional în familie este mai mică decât la alte tipuri de familii. Legătura femeii cu „rețeaua ei" și mai ales cu familia ei pare să rămână mai intactă decât în cazul bărbatului. De la aceasta, ea primește ajutor în caz de boală, sfaturi pentru hrănirea și educarea copiilor. Fie și numai prin aceste deosebiri, rolul femeii se deosebește de cel al bărbatului. Un astfel de tip se întâlnește mai ales în cartierele unde există o migrație relativ scăzută.

Constituirea unei rețele este, în general, un fenomen foarte complex. El depinde adesea de eventualele legături economice ale familiei (o întreprindere în comun etc.), de tipul de vecinătate (locuitori cu un status mai mult sau mai puțin asemănător), de felul muncii locuitorilor din vecinătate (de pildă, la docuri, în schimburi), de potrivirea sau nu a persoanelor în cadrul acestor relații și de valoarea personală a respectivilor. La unele categorii de muncitori manuali se regăsesc parte din aceste condiții astfel că „rețeaua strâns înnodată" se găsește mai ales între aceste categorii. Pe de altă parte, nu toate familiile de muncitori se inserează în tipul de „rețea strâns înnodată".

Conviețuirea în situații ca cea descrisă mai sus are anumite urmări care se cer corect interpretate. Este foarte important pentru medicul de familie dacă el recunoaște o astfel de structură; numai astfel poate să evalueze bine anumite semne (de boală), și anume:

a Cineva poate primi relativ repede ajutor în caz de boală sau altele asemenea. Membrii de familie sunt ușor de contactat. Uneori, aici se află o sursă de conflicte: nu de puține ori trebuie să fie o soră (necăsătorită sau mai tânără) care vrea să îndeplinească un rol.

b O loialitate puternică față de rețeaua de proveniență poate interfera cu legătura dintre soți. Cunoașterea semnificației emoționale și practice a unei rețele poate fi folositoare în a depista surse ale stresului care provin din aceasta.

c Poate apărea o relativ mare lipsă de libertate în dezvoltarea individuală a familiei. Dacă această lipsă de libertate este datorată unuia sau ambilor soți, atunci pot apărea tensiuni mari între ei sau între ei și familiile din vecinătate. Independența unei familii este adesea marcată de o feudalizare a acesteia.

d Mai poate exista un „sistem de referință (sfaturi) neprofesional". E bine să se știe de existența lui deoarece în abordarea problemelor, trebuie să se țină cont de acesta.

O rețea lejer înnodată. Un tip mai mult sau mai puțin diferit apare când, înainte de căsătorie, bărbatul sau femeia au trăit într-un mediu care s-a schimbat cel puțin o dată, sau ei au schimbat mediul în care au trăit. Urmarea este o „rețea lejer înnodată". Dacă familia se mută de repetate ori, acesta va fi efectul: prietenii pe care fiecare i-a avut separat se răresc, iar unii devin prieteni comuni. În relațiile externe, accentul cade pe prieteni și membrii de familie. Omul își alege relațiile. „Știința de a te relaționa este adesea mai importantă decât legătura de sânge." Continuitatea emoțională a relației este tot mai mult de găsit în interiorul familiei. Există o mai mare investire emoțională în familie decât în cazul rețelei strâns înnodate. Oamenii se ajută mai mult între ei atât cu privire la îndeplinirea îndatoririlor cât și emoțional. De asemenea, „controlul social"

Scanned with OKEN Scanner

este mai mic. Contactul cu perechile prietene este codeterminat de copii. Dacă copiii sunt mici și prietenii locuiesc departe, contactele sunt mai dificile. Uneori, apare dorința femeii de a-și exercita profesia. Reacțiile individuale ale unuia din soți sunt mai des acceptate.

Această categorie de familii se găsește mai ales la cei cu studii superioare și profesii academice. Pentru ajutorul acordat de medicul de familie, următoarele aspecte sunt importante:

a „Sistemul de referință neprofesional" este mai restrâns decât în cazul familiilor din tipul de „rețea strâns înnodată". Există deci probabilitatea mărită ca ajutorul profesional să fie solicitat mai repede.

b Acest ajutor profesional este perceput mai mult ca ceva „personal"; nu este resimțită o distanță față de medic. La „pacienții particulari" aceasta se exprimă mai clar.

c Investiția emoțională în căsnicie este mare. Aceasta aduce cu sine șansa unei dezvoltări a relației reciproce, dar și riscul de mărire a problemelor de familie, de căsnicie.

d Astfel, stresul cauzat de relațiile cu familia lărgită și vecinii este de așteptat să fie mai scăzut.

e Este mai puțin cunoscut că, în acest tip de familie, mai ales femeia este supraîncărcată. Se așteaptă de la ea să fie și mamă și iubită, soție și doamnă de salon, și ocupată profesional.

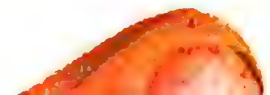
Familia de tranziție. Se poate distinge un al treilea tip între cele două, acela de „familie de tranziție". Acest tip apare când cineva a făcut parte dintr-o situația „strâns înnodată", dar relațiile externe s-au diminuat prin mutarea cu casa. Cu cât soții sunt mai mult împreună cu atât investiția emoțională în căsnicie crește. Dar, relațiile cu familia lărgită persistă, ceea ce are importanță din punct de vedere emoțional, fiind astfel posibilă o departajare a rolurilor în cadrul familiei.

Cineva poate căuta suport mai ales la o „rețea mediu-înnodată". Pentru medicul de familie este important faptul că evoluția acesteia ca alt tip poate constitui un eveniment de familie, care se poate corela cu o criză. S-a remarcat că medicul de familie este mai frecvent solicitat de cei abia mutați. Unul din motive este că încă nu se cunosc alți oameni care ar putea ajuta (Shuval), dar poate fi vorba și de expresia unei crize ca cea numită mai sus.

Poate exista și situația inversă, când cineva dintr-o „rețea lejer înnodată" să se mute într-un mediu în care există relații „strâns înnodate". Una din primele reacții poate fi aceea de apărare a ceea ce este „privat" care, într-o „rețea strâns înnodată" este amenințat. Integrarea la mediu poate dura ani de zile. Pe parcurs, se găsește, prin selecție, un modus vivendi în situația dată. Mulți medici de familie care lucrează într-un sat mic au fost subiecții unui astfel de proces.

CICLUL FAMILIEI

Funcțiile familiei ce se vor descrie în continuare depind într-o mare măsură de faza în care se află familia. Există multe moduri de împărțire. Unul mai amănunțit decât altul, dar toate se referă la apariția copiilor și la vârsta acestora ca la cel mai determinant factor.



Scanned with OKEN Scanner

Fazele au când un caracter mai stabil, când unul mai dinamic. Monografia de recensământ *Fazele familiei*[8] face deosebire între trei faze relativ stabile:

a faza în care soții încă nu au copii;

c faza de după nașterea primului copil;

e faza de după plecarea din casă a ultimului copil („cuibul gol(it)").

Aceste faze se preschimbă în unele mai dinamice, respectiv:

b faza expansivă, în care se nasc copiii;

d faza de reducere a dimensiunii familiei;

f faza văduviei.

Din această monografie reiese că există, în timp, durate diferite ale fazelor. Cea mai importantă schimbare intervine în faza a treia care a primit o semnificație (demografică) abia după 1918.

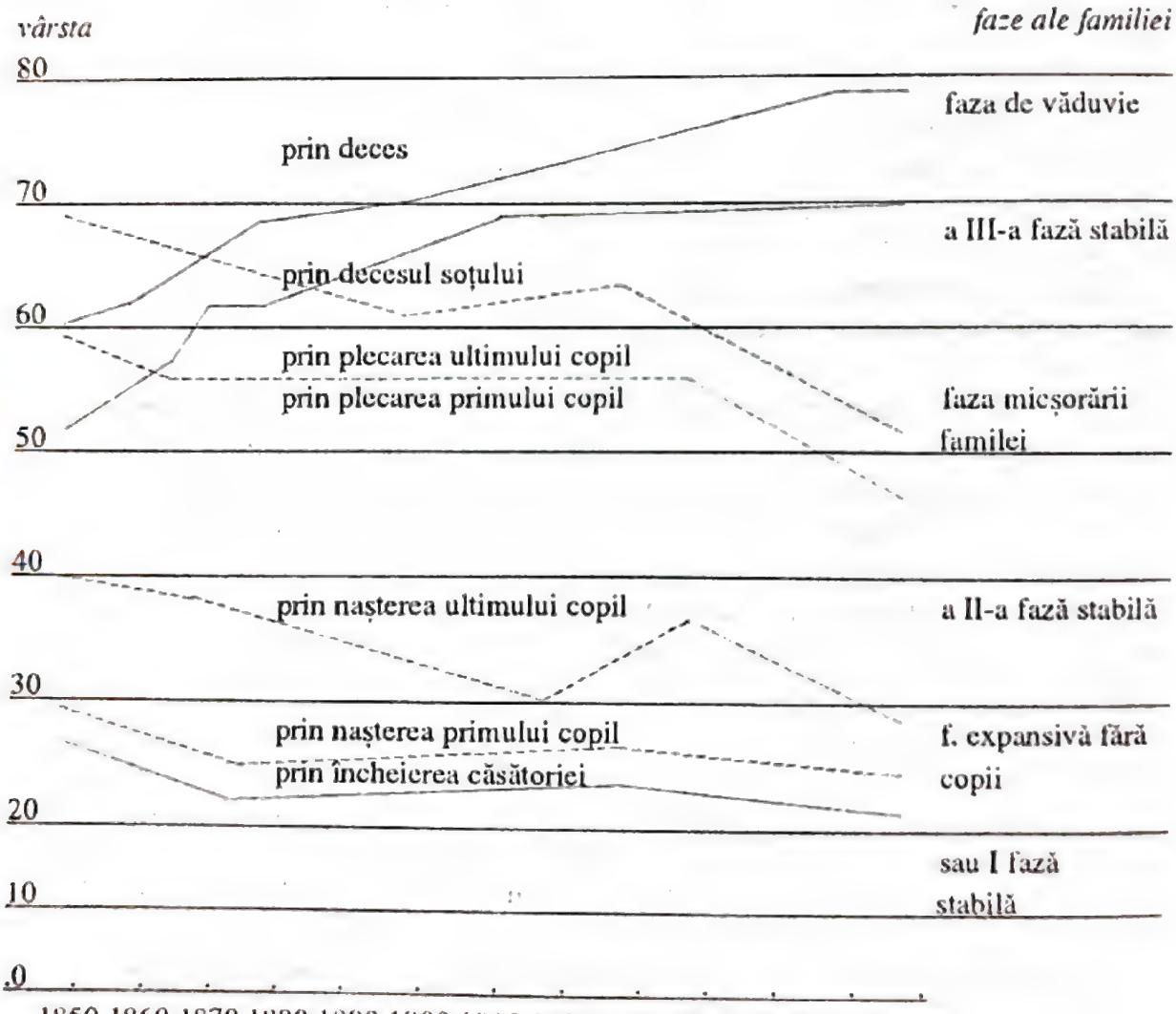


Figura II–1
Vârsta medie a femeii, pe perioade (preluat din Demografie, Buletin al Institutului Olandez de Demografie, 1973, 5).

Scanned with OKEN Scanner

În trecut, nu toți (statistic vorbind) copiii părăseau casa înaintea apariției văduviei. Pentru femeile născute între 1858–1899, această a treia fază stabilă dura, în medie, 8 ani, în timp ce acum se așteaptă, pentru tipurile recente de familii, o creștere la 16 ani (vezi figura 11–1). Scăderea numărului de copii cauzează o scurtare a fazei expansive și a celei de reducere. De asemenea, prin scăderea vârstei la căsătorie, primul copil părăsește mai repede casa părintească. Aceste schimbări profunde au desigur influență asupra familiei, iar medicul de familie trebuie să țină seama de ele în cercetarea situațiilor stresante și în oferirea de sfaturi.

Așa cum s-a mai arătat, prima fază pare să dureze numai câțiva ani sau cu mult mai puțin; lucrul valabil dacă se amână încheierea căsătoriei până când femeia este gravidă. Dacă ne uităm la cifrele nașterilor, reiese că sunt mai mulți primi-născuți decât al-doilea-născuți. Aceștia împreună formează 80% din totalul nașterilor. Aproximativ 12% din totalul născuților vii sunt al-treilea-născuți, iar 5,6%, al-patrulea. Marea majoritate a copiilor cresc deci în familii cu doi copii.

Ciclul familiei moderne este însă adesea de un alt tip. Un cuplu tânăr trăiește împreună un număr de ani, studiază sau muncesc împreună, și numai după ce ea este de acord să aibă un copil, se încheie căsătoria. Aceasta se întâmplă mai ales dacă femeia depășește cu mult treizeci de ani. Concluzia este că urmează copii repede unul după altul.

FUNCȚII ALE FAMILIEI

Noțiunea de funcție a familiei este des utilizată în sociologia familiei. Adesea, se folosește noțiunea conform concepției lui Merton[9] care descrie funcția unei unități sociale ca o „contribuție pe care această unitate o aduce, prin activitățile ei, la menținerea, conservarea unui altceva [decât unitatea], care ar avea relevanță sociologică". Astfel, este vorba, de exemplu, de contribuția familiei la menținerea bisericii, școlii, comunității și a ceea ce este important pentru propriii membri de familie. Kooy pledează pentru a se ține seama de ce anume relații este vorba atunci când se folosește conceptul de funcție. Funcțiile vor avea o contribuție pozitivă într-o serie de cazuri, pentru societate ca totalitate sau pentru membrii individuali ai unei familii. Se poate însă ca familia să îndeplinească unele funcții din punctul de vedere al societății, și altele din punctul de vedere al individului. Pentru medic, funcția pe care familia trebuie să o îndeplinească față de individ este crucială. De aceea, ne vom concentra și noi asupra ei. Modul sociologic de departajare a funcțiilor va avea o semnificație redusă; acestea vor fi discutate de o altă manieră decât cea sociologică.

Literatura de sociologie a familiei oferă multe forme de departajare a funcțiilor. Cel ale lui Kooy și Saal[10] sunt cele mai cunoscute în literatura olandeză. Kooy distinge două funcții, funcțiile-nucleu și cele de rang. El este de părere că nici o altă instituție, cu excepția familiei, nu îndeplinește cinci funcții-nucleu: sexuală, de procreație, educativă, economică și de întreținere. Alături de acestea, există un număr de funcții de rang, care sunt mai variabile

Scanned with OKEN Scanner

și mai puțin fundamentale pentru familie. Saal nu face o astfel de departajare pe ranguri. El distinge patru categorii principale, după cum urmează.

Funcții social-biologice: a reglementarea temperamentului sexual, b propagare, c îngrijire și protecție fizică.

Funcții social-economice: a funcția productivă, b funcție de consum.

Funcții social-culturale: a funcția de socializare și stabilizare, b funcția educativă, c funcția religioasă, d funcția de destindere și distracție, d funcția-status.

Funcția social-psihologică: „funcționarea personalității".

Vom vorbi despre unele din funcțiile din această schemă, mai cu seamă în măsura în care sunt relevante pentru medicul de familie. Pentru acesta, distingerea funcțiilor familiei are următoarea valoare: a cu ajutorul cunoașterii acestora, el poate mai ușor să localizeze disfuncționalitățile, și b distingerea diferitelor funcții îi poate fi de folos la formularea sfaturilor cu privire la familie.

FUNCȚIILE SOCIAL-BIOLOGICE

Funcția sexuală

Pentru stabilizarea într-o anumită măsură a societății, este important ca sexualitatea să fie reglementată de o manieră socialmente acceptabilă. Lucrul acesta s-a petrecut, în felurile cele mai diferite, în toate culturile.

În societatea vestică sexualitatea a fost plasată, în principiu, în relație cu căsătoria, ceea ce excludea prostituția. Acest model s-a schimbat mult. Sexualitatea în afara familiei formale este acceptată la scară mare, ceea ce se corela cu o relație de lungă durată, deci cea de dinaintea căsătoriei sau de conviețuire.

Dacă apelăm la definiția largă dată de Huygen, funcția sexuală poate fi bine plasată aici ca și în cadrul căsătoriei formale. Contactele sexuale incidentale au crescut însă în mod clar.

Medicul de familie are de a face cu sexualitatea pacienților în două feluri:

a Dacă aceasta conduce la probleme în relația dintre bărbat și femeie. Cele mai multe probleme care apar sunt constituite de tulburări de potență și orgasm. De foarte puține ori, în astfel de cazuri, este vorba de anormalități organice, de cele mai multe ori este vorba de factori psihologici și relaționali: tulburări nevrotice de contact care se exprimă în alegerea partenerului, probleme prezente și sentimente de vinovăție, ca și începutul experienței de mamă, probleme la locul de muncă, extenuarea și îmbătrânirea. Intrarea într-o fază următoare a familiei se poate corela cu crize, care se pot manifesta „pe plan sexual". De asemenea disproporția dintre expectațiile cuiva cu privire la relațiile sexuale și cele care se petrec în fapt poate trimite un pacient la medicul de familie. Unele probleme apărute între părinți și copii, ca de pildă manifestări de homosexualitate ale unui copil, ajung la medicul de familie. A vorbi despre sexualitate poate fi extrem de dificil pentru că este un subiect sensibil, și nu prea se dispune de date pentru descrierea felului în care

Scanned with OKEN Scanner

se îndeplinește această funcție. Este însă foarte sigur că nu este o funcție pur biologică, ci una a pre-eminenței umane în care factorii somatici, psihici și sociali se influențează și decurg unul din altul.

b Medicul de familie este confruntat cu suferința de boli sexuale. Dintre acestea, un prim loc îl ocupă bolile venerice ca gonorea și sifilisul, dar și de exemplu, infecțiile tricomonice. Aceste boli înregistrează o creștere certă, ceea ce denotă o mare libertate sexuală, dar și apariția, prezența unui număr de gonococi rezistenți la terapie. Pentru medicul de familie, este de la sine înțeles că, în caz de depistare a unor surse de molipsire, partenerul trebuie și el tratat. Molipsirea este adesea expresia unei probleme de relație care și ea trebuie să beneficieze de atenție. Viața, activitatea sexuală începută prea devreme cu unul sau cu mai mulți parteneri constituie un risc mare de apariție a tumorii canceroase cervicale. Pentru aceasta, medicul de familie trebuie să exercite un control în plus pentru diagnosticarea timpurie.

Funcția reproductivă

Cu funcția de reproducere, propagare, medicul de familie vine în contact în cazurile de anticoncepție și naștere. Marea majoritate a fetelor și femeilor care au nevoie de un anticoncepțional vin la medicul de familie. Prin aceasta, este posibilă o planificare efectivă a familiei, ca și prevenirea gravidiei nedorite din afara căsătoriei. Totuși, aceasta nu reușește întotdeauna: 2,75% din născuții vii au mame necăsătorite. O parte a acestora se datorează unei hotărâri conștiente, o altă parte constă din a avea un „copil nedorit".

A rezultat[11] că în 1971/1973 în 70% din familiile fără copii s-au folosit anticoncepționale, iar procentul crește la 90% la cuplurile cu trei sau mai mulți copii. În cazul în care anticoncepționalul nu a dat rezultate, nu a fost potrivit sau nu a fost folosit, medicul de familie poate, la cerere, prescrie un avort provocat.

Medicul de familie are de a face și cu probleme referitoare la sarcini nedorite, sau cu soluții pentru nașteri în urma Fertilizării in Vitro (FIV), inseminarea artificială sau (adesea) adopția. La 10 000 de femei, astfel de probleme apar de 9 ori pe trei luni.

Dacă un anticoncepțional nu a dat rezultate, se prescrie pilula „de dimineața de după". Dacă nici aceasta nu dă rezultate, atunci se recurge la avort provocat. Acestea au loc de aproape 15 000 de ori într-un an. Olanda are, în acest sens, cel mai scăzut procentaj din lume, ceea ce se poate explica prin informarea din timp a tinerilor, copiilor de școală, accesibilitatea, în această privință, a medicului de familie, și facilitatea de a intra în posesia mijloacelor anticoncepționale.

O serie de cupluri, mai cu seamă când partenerii au relații multiple, folosesc condomuri, combinate sau nu cu creme distrugătoare de spermatozoizi, deoarece acestea pot proteja și contra SIDA și altor boli sexuale. La aceasta contribuie și propaganda care se face (vezi tabelul 11–2).

Numărul născuților vii a fost, în 1991, de 13 la 1 000 de locuitori. Aceasta înseamnă că, la o practică medie de 2 300 de pacienți a unui medic de familie, s-au născut 30 de copii. Aproximativ o dată la 4 ani, medicul de familie

Scanned with OKEN Scanner

se poate aștepta la nașterea unui copil mort. Aceasta se mai petrece mai mult în mediul rural. 45% din nașteri decurg cu ajutorul moașelor[12].

Tabelul 11–1.
Măsuri de control al nașterilor în practica medicului de familie pe 1 000 de peroane, pe 3 luni.

măsura luată	*pe 1 000 de femei*	*vârsta* 5–14	15–24	25–44	44–64
Pilulă anticoncepțională	68,7	1,1	98,7	53,1	7,2
Sterilet intrauterin	3,0	–	1,0	4,0	0,3
Alte mijl. anticoncepționale	1,4	0,1	0,7	1,5	0,4
Sterilizarea femeii	0,7	–	0,2	1,1	0,1
Pilula de dimineața următoare	0,5	0,1	0,7	0,3	0,1
Avort provocat	0,3	0,1	0,4	0,3	–

(Sursa: Velden, J. van der et al., SNBPPMC. Raport de bază: *Morbiditatea în medicina medicului de familie*, NIVEL, Utrecht, 1991).

O parte a nașterilor este asistată de medicul de familie, o alta, de către specialiști. Olanda nu a fost niciodată cunoscută în lume ca având un procent foarte ridicat al nașterilor acasă, acesta este acum numai de 32%. O parte a procentului ridicat de nașteri la spital este datorată extinderii „indicației medicale", ca cea stabilită de specialist. De aceea, se recurge pe scară mare la nașteri în policlinici. Există totuși o ușoară tendință de creștere a nașterilor în cercul familiei. Aici se poate acorda mai multă atenție aspectelor emoționale ale nașterii; o serie de femei și partenerii lor consideră aceasta ca fiind importantă.

Medicul de familie are de a face și cu cupluri sub- sau infertile, care nu pot avea copii. Într-o serie de cazuri, medicul de familie poate fi el însuși de ajutor; în altele, este necesară investigația de specialitate. Dacă aceasta nu duce la rezultatul dorit, se poate delibera asupra inseminării artificiale sau adopției. La luarea unei hotărâri de acest fel, medicul de familie este un partener de discuție și advizor, cel puțin sub aspect genetic.

Factori familiali și de moștenire

Când un copil se naște într-o familie, aceasta atrage după sine o serie de consecințe genetice de moșteniri care pot contribui la determinarea unor anumite boli (afinitatea genetică dintre părinți și copii este singura deosebire dintre părinții de copii proprii și cei de copii adoptați). Dar sunt și boli – în măsura în care ele apar frecvent la anumite familii – care nu sunt cauzate genetic; se vorbește astfel de boli sau simptome familiale.

La apariția unei boli, există atât factori exogeni cât și endogeni. Factorii genetici joacă rolul principal în apariția bolilor rare, deosebite ca fenilcetonuria sau galactosemie, pe când factorii exogeni abia dacă au o semnificație. Bolile

infecțioase însă sunt cauzate în principal egogen; deși și predispoziția genetică intervine. Cercetarea asupra gemenilor arată, de pildă, că riscul de a contracta tuberculoză a gemenilor dintr-un același ou, zigot, este mai mare decât al gemenilor din ouă diferite (deși aceasta nu este chiar dovedită!)[13].

Zeci de boli sunt determinate genetic: prin corelare dominantă, recesivă sau de sex; hemofilia face parte din ultima categorie, iar mucoviscoidoza este recesiv moștenită; există multe forme mixte. Harrison[14] numește, ca exemplu de afecțiuni familiale: ulcerul peptic, scleroza coronariană, lupusul eritematos, retinita pigmentară și glaucomul. Se mai poate adăuga aici hipertensiunea esențială, tireotoxicoza și diabetul zaharat, și, în mai mică măsură, colelitiaza, artrita reumatică și astma bronșică. Și hipercolesteromia familială și boala lui Gilbert (hiberbilirubinemie de familie) fac parte din acest grup. Marchall et al.[15] arată că cercetarea pe gemeni din același ou sau ouă diferite a dus la rezultate diferite în apariția apendicitei, infecției pulmonare, hepatitei infecțioase, otitei medii sau sinuzitei. Aceasta poate clarifica ideea că, în cazul acestor boli familiale, un rol este jucat de factori genetici familiali. Nelson[16] informează că, la apariția afecțiunilor alergice la copii, în 75% din cazuri, unul din părinți a suferit de alergii, iar în 35%, ambii părinți.

Factorii exogeni și endogeni nu lucrează întotdeauna împreună de o manieră detectabilă. Acesta pare să fie cazul cu enurezisul nocturn. Din cercetarea lui Jonge[17] reiese că din 200 de copii care la șase ani încă mai era prezent enurezisul nocturn, 63 aveau părinți care, unul sau amândoi, au suferit cel puțin o dată de aceasta (57 de copii respectiv, cu părinți care au suferit de 7 ori); în 19,5% din cazuri, tatăl era în cauză, în 15,5% mama, deci în total 70 de părinți. Se pare că este vorba atât de enurezisul familial primar, cât și de cel secundar. Mecanismul acestuia este dificil de explicat. Enurezisul poate fi influențat și de evenimente din familie cum ar fi moartea unuia din familie, nașterea unui copil, alimentarea copilului de către altcineva decât propria mamă sau tată. Din cercetarea deja citată a lui Miller et al.[18] reiese că enurezisul nocturn apare semnificativ mai frecvent la straturile sociale de jos, decât la cele de sus. Astfel, se trage concluzia că ea este favorizată de îngrijirea igienică insuficientă, instabilitatea din căsnicia părinților și criminalitatea. Autorii au tras concluzia că enurezisul nocturn apare mai ales dacă lipsește „securitatea și stabilitatea" pentru copil. Interdependența dintre acestea pare să fie de mai mare importanță decât, de pildă, îngrijirea corporală.

Nu numai factorii exogeni și endogeni sunt inextricabili în acțiunea lor, dar și comportamentul de boală intervine. Dacă, într-o familie, există experiența unei boli deja făcute, atunci, când reapare boala, medicul este solicitat mai repede. De asemenea, medicului i se cere să recurgă repede la un tratament (de pildă, extracția amigdalelor sau apendoctomie).

Cunoașterea gradului de determinare familială sau genetică a bolilor poate fi importantă pentru medicul de familie în două situații:

a Dacă medicul de familie știe dinainte bolile familiale apărute deja, atunci aceasta poate fi folosită în diagnosticarea pe care el o formulează. Dacă el știe

Scanned with OKEN Scanner

că într-o familia a apărut hiperbilirubinemia, atunci un pacient cu oboseală inexplicabilă sau un icter va fi investigat și din acest punct de vedere. Dacă un pacient dintr-o familie în care s-a manifestat polipoză intestinală, se plânge de dureri de abdomen, acesta va fi investigat mai repede decât un alt pacient cu dureri de abdomen. Medicul se folosește de aceste cunoștințe la diagnosticare.

b Urmărirea pacienților se efectuează după un plan stabilit tocmai pe baza anamnezei de familie a factorilor de risc. Astfel, la pacienți din familii de diabetici sau cu cazuri de moarte prin infarct, urmărirea va fi direcționată în special în acest sens. Dacă într-o familie a apărut hipercolesteromia, medicul de familie va reduce riscul de complicații prin cererea de a se instala obiceiuri de viață corespunzătoare (fumat, alimentație, mișcare fizică). El este astfel adesea confruntat în practică cu probleme mari. Obiceiurile de viață pot fi adânc înrădăcinate, ca modul de alimentare, ceea ce le face dificil de eradicat sau schimbat.

Funcția de îngrijire fizică și protecție

Medicul de familie are de a face cu funcția de îngrijire, igienă și protecție pe trei terenuri:

a îngrijirea coporală și eventuala asistență medicală (a asistentei);

b alimentația;

c locuința.

Ad a Posibilitățile pentru îngrijirea corporală și de asistență (personal mediu) depind de o serie de factori. Îngrijirea corporală a privit întotdeauna copiii mici în special – planningul familial de acum – ceea ce a fost mereu bine organizat. Dacă o femeie lucrează în afara casei, ea poate, după nașterea unui copil, să abandoneze serviciul (temporar). Dar mai sunt și alte situații. Soții trăiesc după modelul tradițional (soțul muncește în afară, iar femeia în casă), soții au amândoi câte o slujbă cu jumătate de normă, sau soțul nu lucrează, iar soția lucrează.

Bott[19] a deosebit diferite structuri de organizare a partenerilor:

a soțul și soția îndeplinesc funcții independente una de alta, dar ei fac împreună un tot („organizarea complementară");

b soțul și soția îndeplinesc funcții complet separate, care se resping reciproc („organizare independentă");

c soțul și soția au funcții inseparabile, ei le îndeplinesc împreună sau alternativ („organizare concordantă").

O anumită împărțire pe sarcini are loc în orice familie: soțul este responsabilul principal cu veniturile, iar soția, cu gospodăria și copiii. Este deci vorba de o contribuție complementară a celor doi la bunăstarea familiei. Această distribuire globală de sarcini este redistribuită de multe variații posibile: unele femei măritate lucrează în afara casei, altele nu; într-o serie de familii există o împărțire flexibilă a timpului de muncă și cel pentru gospodărie și copii, în altele nu. De asemenea, sunt deosebiri în felul de a se lua decizii: într-unele familii, acestea sunt luate împreună, în altele, mai puțin sau deloc. Se pare că cele trei tipuri de relații apar în toate familiile, dar de maniere diferite. Bott vorbește de „grad de separare a rolurilor conjugale"; această separare exprimă, pe de o parte, echilibrul „relațiilor rolurilor separate" și, pe de altă parte, „relațiile

Scanned with OKEN Scanner

rolurilor concordante". Pe baza acestora, Bott distinge trei tipuri de familii: familii „foarte separate", „concordante" și „intermediare".

La începutul căsniciei, în toate familiile cercetate a apărut „organizarea concordantă". După nașterea unui sau mai multor copii, activitățile efectuate de soț sau soție se diferențiază progresiv, astfel că are loc o diferențiere pe roluri. De remarcat este că Bott a descoperit că, după plecarea copiilor din casă, nu se revine la „organizarea concordantă", ci se menține departajarea pe roluri. Și aici au avut loc schimbări. La femei a apărut o nevoie crescândă de școlarizare superioară, de îndeplinirea unei funcții importante etc. Aceasta este favorizată de conștientizarea rolului lor social manifestată în mișcările feministe de emancipare. Nevoia de schimbare a modelului rolurilor este stimulată și devenită posibilă prin schimbarea duratei fazelor familiei.

Toate acestea influențează funcția de îngrijire fizică. Pentru tot mai multe familii, împărțirea tradițională pe roluri s-a destrămat, pentru altele încă nu. Medicul de familie are de a face mai ales cu mama care este îngijitoarea și educatoarea copiilor ei. Ea este cea care decide dacă copilul trebuie să stea la pat sau să iasă afară, și ea solicită doctorul. Dacă un copil trebuie să stea la pat și să fie îngrijit medical, calitatea acesteia depinde de priceperea ei. Această pricepere nu este pur tehnică, profesională, ci mai ales relațională, în timp ce partea „tehnică" (alimentație, îngrijirea medicală etc.) este „cuprinsă" în cea relațională.

De la această pricepere de îngrijire se cere mult în caz de boală cronică (copil sau adult) sau de handicapare psihică în familie. Aceasta poate duce la nevoia ca și alți membri ai familiei să participe la îngrijire.

Un alt aspect, care are o însemnătate mai largă, dar cu rădăcini în modul de îngrijire a celuilalt, va mai fi menționat aici, și anume evoluția, dezvoltarea contactului corporal. La copilul mic, acesta este de însemnătate vitală pentru primirea hranei, și sentimentul, senzația de securitate, și pentru apariția unei relații între copil și persoana care-l îngrijește. La cel din urmă, contactul favorizează și o relație intimă între ei. Dar și pentru viața de mai târziu a copilului, experiența de învățare a contactului corporal este o condiție pentru dezvoltarea erotică (a nu se confunda cu cea sexuală) de mai târziu, pentru capacitatea de interacțiune, și pentru trăirea liberă, normală și frumoasă a vieții sexuale. Familia poate fi un loc de exersare pentru acestea. Din păcate, se depistează cazuri de copii abuzați psihic și fizic prin activități incestuoase ale unor membri din familie: tați, unchi, frați, și rareori, chiar mame. Tocmai de aceea, dezvoltarea emoțională a copilului este extrem de sensibilă la afecțiunea părintească care, dacă lipsește sau este schilodită de anormalitățile părinților sau îngrijitorilor, distruge sentimentul de securitate care este necesar ca pâinea în faza de dezvoltare.

Ad b Alimentația și obiceiurile de hrănire sunt co-determinate de starea de sănătate a membrilor familiei. Chiar dacă viața este prosperă, alimentele pot fi adesea folosite în mod greșit. Prosperitatea și abundența favorizează astfel de greșeli: prea multe calorii, prea multă grăsime și zahăr, prea puține pro-

Scanned with OKEN Scanner

teine, calciu, fier, carotină și riboflavină[20]. Posibilitatea de a ține o dietă depinde de cel ce pregătește hrana. Se cere ca acesta să posede cunoștințe și capacitatea de a le aplica. Alimentația poate fi foarte deficientă în cazul cuiva care locuiește și se îngrijește singur (o văduvă de pildă), sau cuiva cu depresie și, ca urmare, cu sentimentul de inutilitate. Tinerii care locuiesc singuri (studenții!) se pare că se hrănesc inadecvat. De asemenea, pe baza anumitor cunoștințe sau obiceiuri de viață, alimentația poate fi unilaterală.

Ad c Locuința este unul din cei mai determinanți factori ai gospodăririi. Calitatea acesteia este determinată, nu în ultimul rând, de caracteristicile locuinței și stilul de locuire. Calitativ privită, se poate spune, în general, că majoritatea familiilor locuiesc rezonabil. Aceasta nu exclude faptul că, tocmai în privința locuirii, nu se exprimă diferențele sociale. Problemele de locuire apar mai ales la clasele de jos ale societății[21]. Aici se înregistrează cea mai mare lipsă de locuințe; deci problema locuirii nu este generală, ci selectivă.

Ce anume se cere de la o locuință depinde de faza în care se află familia: o clădire înaltă este neindicată unei familii cu copii mici, și încă și mai puțin o casă cu grădină mare pentru bătrâni. Deși rar, o familie poate avea și funcții productive, deci un loc de muncă devine necesar; iar spațiul de recreație, în orice caz. Individualizarea acționează și ea asupra locuirii: familiile vor să locuiască de sine stătător; conlocuirea este adesea sau întotdeauna neplăcută. Chiar și cei ce locuiesc singuri vor independență. Pe scurt, cei mai mulți oameni, membri de familie vor să dispună de propria lor privatitate (vezi nota 3). Pentru aceasta a fost pus la dispoziție mai mult spațiu. Dacă în 1899, erau 1,65 persoane pe unitate de locuire, în 1971, acestea au scăzut la 0,65.

Densitatea de locuire nu influențază numai interacțiunea dintre membrii familiei și privatitatea lor, dar și măsura în care se pot molipsi. Aceasta este valabilă pentru toate vârstele, dar pentru copii în mod special. Dingle et al.[22] au găsit că frecvența infecțiilor căilor respiratorii superioare se corelează cu vârsta: la copii care încă nu merg la școală, 8 infecții pe an, la cei de școală 7, la mame 5 și la tați 4. Cea mai ridicată incidența apare la copiii care tocmai au început să frecventeze grădinița (12 pe an). Incidența la copiii care nu merg la școală, datorată copiilor din familie care merg la școală, este mai mare decât cea din familiile în care nici un copil nu merge la școală. Pel[23] a găsit o corelație asemănătoare cu privire la pojar și infecții ale canalului stomac–intestin gros. Toate au de a face cu construirea imunității contra infecțiilor prin contactele repetate cu agenții de boală. Pentru medicul de familie este important faptul că o infecție virală are consecințe diferite pentru diferiții membri ai familiei: pentru un adult, aceasta poate duce numai la o „stare gripală", pentru un nou-născut, aceasta poate antrena o pneumonie fatală. Copiii cu o rezistență imunologică insuficient dezvoltată se pot îmbolnăvi foarte grav prin infectare virală. Medicul de familie va acorda deci o atenție deosebită pacienților cu „risc ridicat" la o afecțiune și va încerca, prin măsuri preventive, să reducă riscul de molipsire a celor mai mici (izolarea sugarilor, vaccinare etc.).

Există infecții de familie care pot apărea la toți membrii familiei: infecții ale pielii, hepatita infecțioasă, infecții streptococice, infecții meningococice și tuberculoza pulmonară – acestea pot, în principiu, afecta persoanele de

Scanned with OKEN Scanner

toate vârstele dintr-o familie. Atunci când se prefigurează un astfel de caz, este foarte important să se ia toate măsurile preventive posibile cu privire la celelalte persoane din familie. Atunci când sunt activate aceste măsuri, boala depinde numai de natura ei.

Se întâmplă uneori ca o familie să funcționeze ca un „rezervor" de agenți, germeni de boală. Are loc astfel o recidivare de infecții care sunt generate de aceeași infecție familială. Miller și al.[24] a descris astfel, un caz de înlănțuire pe șase ani a unei infecții familiale cu streptococi, în care mulți din membrii familiei au suferit și de infecții stafilococice de naturi diferite. Un ajutor într-adevăr eficient în astfel de cazuri nu poate fi decât unul în care familia ca totalitate este abordată (administrarea, în acest caz, de antibiotice la toți membrii familiei). Din cercetarea lui Miller reiese, în același timp, că infecțiile pot apărea și ca infecții familiale puternic congruente care se pot manifesta, între altele, sub forma furunculelor, impedigo-urilor, hordeolelor și infecții ale degetelor de la mâini și picioare. Deci, există o relație între „densitatea de locuire" și suferirea de infecții: funcție de numărul sau media de persoane pe cameră, numărul copiilor molipsiți de stafilococi este mai mare (vezi figura 11–2).

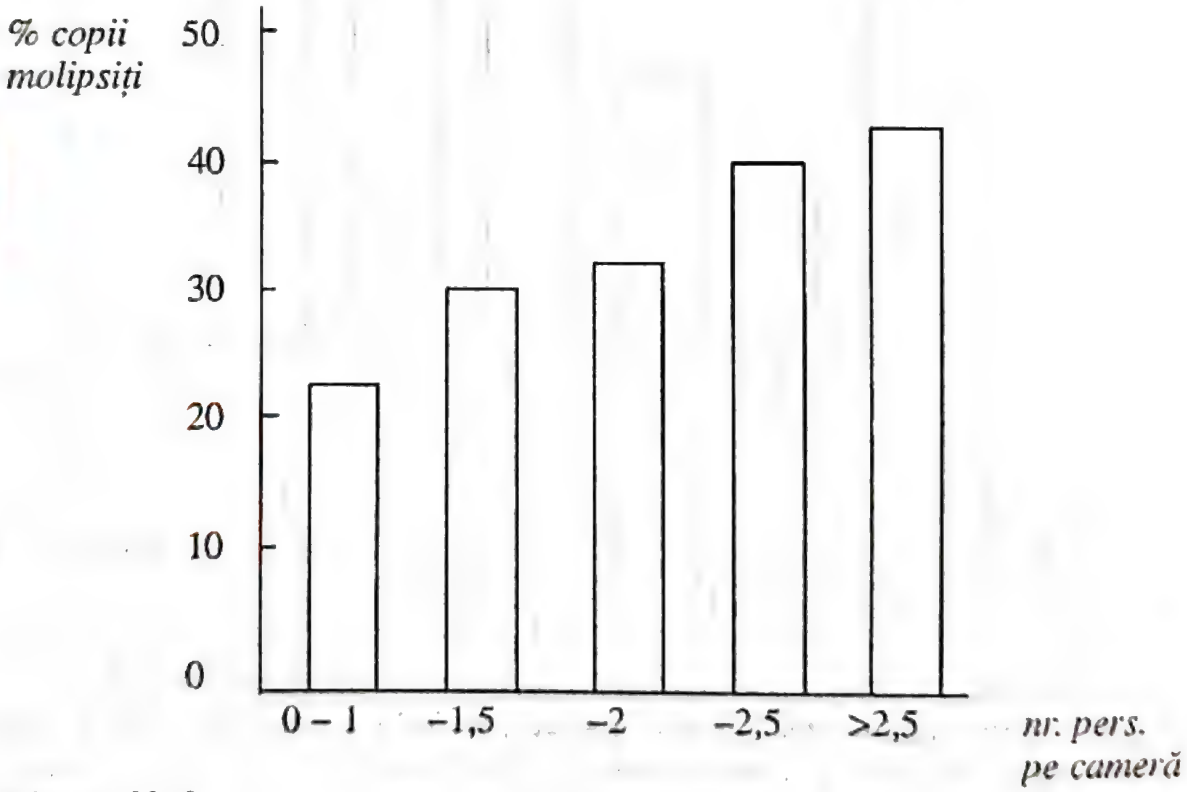


Figura 11–2
Relația dintre infecțiile stafilococice și aglomerația din locuințe (preluat de la F. J. W. Miller et al., *Growing up in Newcastle upon Tyne (Crescând în Newcastle pe Tyne)*, Londra, 1960)

Uneori, existența unui infecții stafilococice „ușoare" poate avea consecințe care să pună în pericol viața: dacă se produce o infecție virală a

căilor respiratorii, o infecție stafilococică secundară poate provoca o pneumonie mortală. De asemenea, un sepsis sau o osteomielită poate fi urmarea unei infecții stafilococice aparent neimportante. Este deci foarte important ca, în caz că se produc astfel de infecții, toți membrii familiei să fie supuși tratamentului.

Astfel se explică, prin riscul la infecții în situații de densitate ridicată de locuire, multe diferențe sociale. Miller a stabilit că apariția de infecții ale căilor respiratorii inferioare este mai frecventă în păturile sociale de jos (vezi figura 11–3).

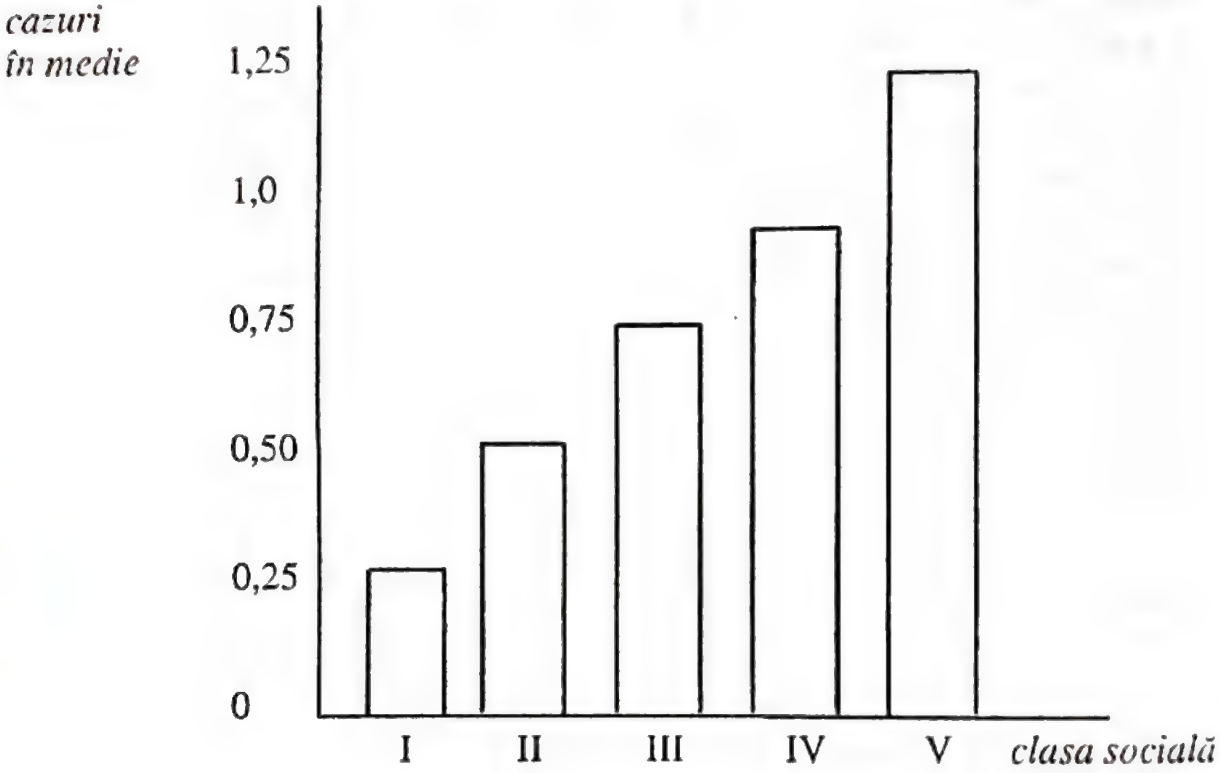


Figura 11–3
Relația dintre clasa socială și o bronșită sau o pneumonie (preluat de la F. J. W. Miller et al., *op.cit.*, 1960)

Este dificil de stabilit în ce măsură există o relație între alimentația inadecvată și igiena insuficientă. Pentru a se răspunde la această întrebare trebuie efectuată o cercetare anume proiectată. O problemă tehnică a unei astfel de cercetări este aceea că se poate determina cu mare dificultate măsura în care o familie este sau nu igienică sub forma unui indicator. Pel a găsit în cercetarea lui că, dacă în familiile considerate neigienice, răcelile au fost raportate medicului mai puțin în primul an de viață, în al doilea an, acestea au fost mai numeroase decât în familiile cunoscute ca igienice, după care numărul răcelilor a crescut repede. Explicația acestui fapt este că familiile mai puțin igienice sunt mai puțin înclinate să solicite ajutorul. Dacă, în ciuda acestui

Scanned with OKEN Scanner

fapt, în al doilea an de viață au apărut mai multe infecții, lucrul acesta este de explicat prin aceea că virusul a circulat mai repede, ceea ce, mai târziu, a creat o imunitate mai mare.

Aceasta ar putea fi o dovadă că în familiile neigienice riscul de infecție este mai mare. Cum se corelează toate acestea, clasă socială de jos–locuire–alimentație(rezistență!)–igienă, nu se poate spune. Pal indică posibilitatea ca unele diferențe să decurgă din felul diferit în care bolile sunt aduse la cunoștința medicului, în așa fel încât, comportamentul de boală trebuie și el enumerat în rândul acestor factori.

La întrebarea cu privire la relația cu stratul, clasa social(ă), Bots[25] a putut încă și mai puțin să răspundă. Totuși, din cercetarea lui asupra infecțiilor în gât așa cum apar în practica medicului de familie, reiese că riscul de a le face este mai ridicat pe măsură ce familia este mai mare (vezi figura 11–4).

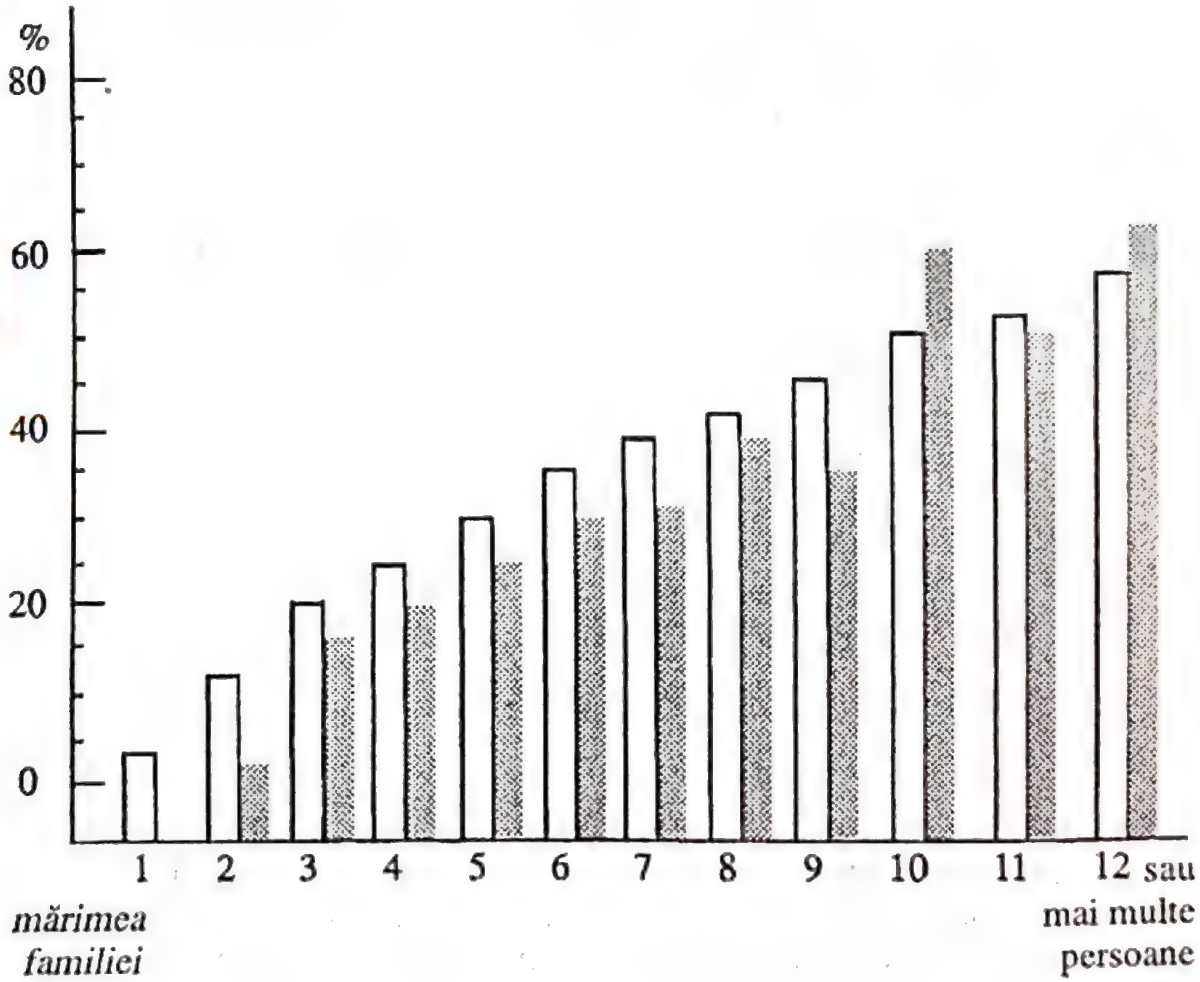


Figura 11–4
Procentajele așteptate (□) și cele găsite (▒) de familii la care s-au depistat infecții în gât (preluat de la A. W. Bots, *Infecția în gât în practica medicului de casă*, Leiden, 1965)

Scanned with OKEN Scanner

FUNCȚIILE SOCIAL-ECONOMICE

Vom trata funcțiile social-economice ale familiei foarte pe scurt. În trecut, acestea aveau un rol important, care se făcea evident. Mai mulți sau majoritatea membrilor familei lucrau într-o fermă, întreprindere agricolă sau de comerț. Ei își câștigau împreună banii necesari traiului: funcția productivă. Forme restante ale acestui model se mai regăsesc și acum în micile întreprinderi de familie în care lucrează ambii soți.

De când a intervenit industrializarea, locuirea și prestarea unei munci s-au separat tot mai mult, iar unul sau ambii soți au devenit salariați. Sunt câștigați banii care apoi sunt folosiți pentru nevoile familiei: funcția de consum. Acest fapt joacă un rol important în gospodărire, locuire, achiziționarea de bunuri de folosință îndelungată și recreere.

Medicul de familie are de a face cu funcția productivă când și când dacă aceasta este atât de importantă într-o familie încât, datorită ei, alte funcții ale familiei sunt afectate. Astfel, deținerea unui magazin sau întreprinderi poate afecta hrănirea copiilor sau timpul de recreere. Funcția productivă poate fi influențată de situația deosebită (temporar) a unora din membrii familiei, ca șomajul, invaliditatea, școlarizarea insuficientă sau inadecvată, sau de schimbările sociale.

FUNCȚIILE SOCIAL-CULTURALE ȘI SOCIAL-PSIHOLOGICE

Familia îndeplinește un mare număr de funcții culturale și psihologice. Ea formează, pentru copii și adulți, un spațiu de joc, exercițiu și competiție. Familia are o atât de mare influență pentru că ea este locul unde marea majoritate a copiilor (numai 2% din aceștia cresc într-un așezământ) suferă, în primii lor ani de viață, cele mai multe influențe. Influența acesteia este de asemenea foarte mare prin aceea că ea este cea care îndeplinește toate funcțiile relaționate; îngrijirea și alimentația merg mână în mână. Dependența de cel ce asigură îngrijirea este mare, deci influența acestuia este de asemenea mare. Pentru copiii mai mari și părinți, familia constituie un mediu deosebit de important. O mare parte a funcțiilor familiei nu mai formează prerogativa exclusivă a familiei (funcția sexuală, educativă și cea economică). Aceasta nu înseamnă că familia nu mai are nici o însemnătate din acest punct de vedere.

Din contră, pe măsură ce influențele din afară se intensifică și se diversifică, nevoia de integrare crește. Din acest punct de vedere, societatea modernă, mai mult decât cea tradițională, solicită de la fiecare un mare „pluralism al rolului". Omul exercită, schimbă din ce în ce mai multe feluri de roluri în cadrul mai multor legături sociale, roluri care, evident, sunt diferite între ele. Este, după Parsons, una din funcțiile foarte importante ale familiei aceea de a ajuta individul să se adapteze la un astfel de pluralism al rolurilor. Pe deasupra, familia are sarcina importantă de a integra toate manifestările și experiențele venite din lumea din afară.

Scanned with OKEN Scanner

Cooley a definit familia ca „grup primar": grupul în care omul este deschis față de ceilalți nu numai cu privire la un aspect, ci în toate domeniile. Grupul primar – grupul mic – constă din asumarea acceptabilității în toate privințele. Una din funcțiile cele mai importante ale familiei este ca membrii acesteia să se susțină, mai ales pe cei în creștere, în cunoașterea de sine, în cunoașterea propriei valori prin interacțiunea cu ceilalți. Viața modernă cere mult de la familie ca grup primar, iar aceasta este de prea multe ori în imposibilitatea de a corespunde cerințelor. Medicul de familie poate interveni în această privință, în tot felul de moduri. Despre aceasta se va vorbi în continuare.

Va reieși că măsura în care o familie știe cum să procedeze cu tensiunile și conflictele determină foarte mult calitatea acelei familii. Ceea ce se va spune în continuare despre influența familiei asupra rezolvării unora sau altora din problemele care se ivesc, se leagă de faza, specificul fazei în care se află familia.

Faza de dinaintea nașterii primului copil

În această fază, partenerii trebuie să învețe să se „dea" unul după celălalt. Ei aduc cu sine obiceiuri și influențe din „cuibul" lor părintesc, dar trebuie să construiască unul al lor împreună. Ei trebuie să se învețe unul pe altul tot mai bine, să se evalueze, să se susțină și să se adapteze reciproc, să descopere un model care să permită dezvoltarea optimă a personalității amândurora. Ei pot fi deosebiți în ritmul de viață, viteza de reacție, obiceiuri, dorințe și nevoi sexuale. Dacă nu se corespunde așteptărilor din ambele părți, pot apărea conflicte[26]. Și felul în care se are de a face cu familia celuilat și cu petrecerea timpului liber poate constitui o sursă de conflicte[27].

Faza expansivă

Nașterea primului copil aduce cele mai mari schimbări în viața perechii. Pentru o femeie care lucrează, aceasta înseamnă de multe ori (temporar sau nu) abandonarea muncii. Relația dintre soț și soție se schimbă, este o „Dritte im Bunde". Apar noi sarcini și responsabilități. Nu mai există libertatea de a dispune de timp; contactul cu prietenii și familia se schimbă și el. Atenția acordată unul altuia se poate schimba. Se pare că aspectele financiare pot forma mai des o problemă cu privire la cheltuieli. Distribuirea în timp a nașterilor și numărul copiilor determină o parte din preocupările femeii. Nu de puține ori, suprasolicitarea mentală și corporală este trăită ca fiind prea mare.

Familia împlinită

Apare o formă sigură de stabilizare, dar copiii cresc. Educarea copiilor (Bell) apare adesea ca problematică; probleme de comportament și de învățătură pot aduce cu ele tensiuni, conflicte și frustrări. Influența lumii din afară amenință tot mai mult familia; normele și valorile părinților și cele ale copiilor pot evolua divergent; poate apărea prăpastia între generații. Se mai poate ca părinții să lupte pentru propriile lor ambiții sociale, iar grija și atenția pentru copii poate fi insuficientă. Părinții pot evolua separat, iubirea se poate spulbera și ei să rămână a se tolera sau suporta reciproc.

Scanned with OKEN Scanner

Faza de micșorare a familiei

Relația dintre părinți și copiii care „își iau zborul" se schimbă mult. Copilul stă mai mult sau mai puțin pe propriile picioare și trebuie să poată fi responsabil de sine. Relația trebuie deci să se restabilească ca între adulți. Puțini părinți pot lăsa acest proces să se desfășoare de la sine, ceea ce poate duce la conflicte și dificultăți de adaptare reciprocă. Mai ales dacă există o structură familială autoritară, procesul poate deveni foarte anevoios.

Familia rămasă

Rămași singuri, părinții au ocazia să adâncească relația dintre ei sau, pe de altă parte, se poate ca unele conflicte mocnite în vremea cât copii creșteau să iasă la suprafață. „Acum că copiii au crescut", acesta poate fi un ultim semnal că se poate divorța. Plecarea copiilor poate avea o influență foarte adâncă asupra mamei, mai ales dacă aceasta a trăit după un model tradițional. Se poate instala o letargie asociată cu îmbătrânirea, cu toate problemele fizice și mentale pe care acestea le presupun. Așa cum s-a mai arătat până acum, în prezent această perioadă poate fi mai lungă.

UNELE PROCESE DINAMICE DIN FAMILIE

Este limpede că procesele dinamice ale familiei sunt influențate de fazele prin care trece aceasta. Interacțiunea din interiorul familiei se schimbă o dată cu schimbarea fazelor. Aceasta depinde de felul de a fi al membrilor familiei, de factorii care au dus la alegerea partenerului de căsnicie etc. Acestea se pot exprima în comportamentul de boală, cel de solicitare a ajutorului profesional sau de înclinare către autoajutorare. Moll van Charante[28] arată că mama este cea care are o influență mai mare în acest sens, deși și tatăl are o contribuție. Se poate de asemenea ca să apară grupări, clusters, de perioade de boală când mulți membri ai familiei sunt, cam în același timp, bolnavi sau predispuși la îmbolnăvire[29]. Apariția unei astfel de perioade va fi pentru medicul de familie un semn că se petrece ceva cu interacțiunea din cadrul familiei.

Membrii unei familii au, în general, tendința de a instala un echilibru în familie. O familie stabilă dispune de o serie de mecanisme folosite pentru a răspunde adecvat la evenimente. Homeostaza familiei este utilizată fără ca aceasta să se modifice. Pe de altă parte, există posibilitatea de a reacționa creativ la schimbările externe sau interne, în jocul noilor evoluții etc. La supunerea la încercări grele, „comportamentul de cuplare" poate fi insuficient, ceea ce poate duce la inadecvare și deteriorarea relațiilor dintre membrii familiei. Același poate fi cazul cu o familie stabilă la care capacitatea de soluționare a problemelor noi se poate reduce repede.

După Duvall[30], familiile sunt în stare să procedeze în caz de stres și să restabilească homeostaza dacă au următoarele caracteristici:

a rezolvarea problemelor se face împreună;

b membrii familiei nu sunt orientați materialist;

c soții trăiesc în „organizarea concordantă", își împart deci sarcinile reciproce;

Scanned with OKEN Scanner

d cunosc natura problemelor;
e sunt democratici în soluția acestora.

Familiile stabile mai au și alte caracteristici activate în soluționarea de probleme[31]: *iubirea* creează o atmosferă de încredere reciprocă și acceptabilitate, *disciplina* ordonează comportamentul de acceptare, *toleranța* aduce spațiu libertății și dezvoltării individuale, *capacitatea de adaptare* face posibilă o anume atitudine față de schimbările bruște și neașteptate, iar o *comunicare deschisă* aduce cu sine o relație cinstită și evident mutuală.

Modul de a se proceda în caz de stres se desfășoară în feluri diferite și depinde parțial de obiceiurile familiei. Stilul de viață trebuie, în orice caz, să permită ca membrii familiei să se întâlnească și să petreacă destul timp împreună. Familia care „își câștigă existența" nu își prea permite aceasta.

MODELE DISFUNCȚIONALE

Medicul de familie poate fi confruntat și cu modele, tipuri disfuncționale, sau, ceea ce este mai grav, le poate trece cu vederea. Unele exemple de astfel de modele sunt următoarele:

a *Relația simetrică*. Într-o relație de căsătorie simetrică, partenerii își amintesc mereu unul altuia că au drepturi și îndatoriri egale[32]. Este o luptă pentru cine stabilește mai repede regulile și apar certuri în acest sens. Aceasta indică o relație simbolică. Fiecare din ei nu poate sta pe propriile picioare și are nevoie de celălalt pentru a merge mai departe. Partenerii au „granițe-de-sine" slabe; numai împreună fac un „sine-comun". Apare o lipsă a individualității. Poate apărea o mare dependență a unuia față de altul, dar și posibilitatea ca familia să formeze o „masă-nediferențiată-de ego". Lăsarea liberă a copiilor deveniți adulți poate fi o problemă într-o astfel de familie. Forma deplin dezvoltată a acesteia este deja patologică. Elemente făcând parte dintr-o astfel de situație se pot totuși considera normale în procesul de dezvoltare; un rezultat ultim ar putea fi acela că se poate trăi în libertate lângă astfel de părinți. După Van Veen, micșorarea distanței psihologice reciproce reclamă teama de urmări reactive agresive, de excluderea uneia din părțile în conflict. Dacă o distanță destul de mare se restabilește, atunci relațiile reciproce se pot normaliza etc. Căsnicia de genul „câinele și pisica" este una simbolică, ce s-a fixat într-o fază agresivă. O altă formă de „soluționare", cu care medicul de familie este confruntat este „modelul hiperadecvat-inadecvat" în care unul din parteneri „hotărăște" că el este sănătos și capabil să meargă înainte, iar celălalt este bolnav și nevrotic; cu cel din urmă se întâlnește medicul de familie. O mamă supragrijulie își poate aduce copilul la starea de dependență simbolică. Apar astfel semne de boală și tulburări ale poftei de mâncare și somnului care sunt cu atât mai puternice cu cât relația de dependență s-a stabilit mai devreme. Dacă copilul își capătă independența pe parcurs, mama poate continua să reacționeze inconștient la semnele de boală astfel încât copilul tot nu este de sine stătător. Dacă astfel de situații sunt trecute cu

Scanned with OKEN Scanner

vederea, apare riscul ca medicul să fie ocupat la nesfârșit cu „vindecarea" cuiva pentru care „a fi bolnav" constituie o condiție pentru a avea o pace relativă de la partener sau de la ceilalți din familie.

b *Relația complementară*. Unul din parteneri ia, în această relație, poziția de „cel de sus", iar celălalt, poziția de „cel de jos". Nu e o prea mare luptă pentru poziții; expectațiile reciproce sunt definite în mai multe rânduri, dar definirea reciprocă este totuși *bilaterală*: „cel de sus" se definește prin intermediul „celui de jos". Relația poate deveni patogenă dacă „cel de sus" vrea să-l determine singur pe celălalt făcându-l, de pildă, complet dependent: astfel, un soț protector poate avea nevoie de o soție neajutorată și bolnavă pentru a se menține pe sine. Partenerul dintr-o astfel de relație poate induce și prelungi rolul de bolnav al celuilalt. Richter[33] dă ca exemplu cazul unui profesor mai idealist care s-a căsătorit cu o femeie tânără. Pe parcurs, ea a devenit „cel de sus" și și-a luat ca amant pe iubitul de dinainte; numai cu depresia care a urmat a devenit el acceptabil soției! Pe plan sexual, funcționarea unei relații complementare poate duce la frigiditate sau impotență. Un bărbat care nu prea se îngrijește pe sine, căsătorit cu o femeie frigidă, poate ajunge la o autoimagine de neputincios, iar căsătorit cu o senzuală, se poate simți nesatisfăcător. Alegerea partenerului rămâne deci importantă.

c *Fenomenul de scăpare*. Richer lasă să se observe că și alți membri ai familiei, de pildă copiii, se decompensează sub presiunea altora din familie și devin bolnavi sau pot dezvolta un comportament social nepotrivit. Dacă un membru al familiei își face publice tulburările, aceasta poate constitui o diminuare a tensiunii pentru ceilalți. Se creează astfel un fenomen „de scăpare" prin care persoana se poate ocupa de alte probleme, iar relația reciprocă se deteriorează; se realizează astfel un soi de echilibru în familie. Omisiunea poate lua diverse forme: de a deveni „bun la nimic", de pară mălăiață, dar și de boală. Astfel, un copil poate fi prezentat medicului de familie ca bolnav, în timp ce, în fapt, el este doar considerat ca atare. Este de la sine înțeles că un „tratament" naiv al unui „bolnav" de scăpare, nu va duce niciodată la un rezultat bun. Inconștient, cel ce vrea să scape poate voi să ia rolul pentru că prin aceasta se asigură o anumită stabilitate în familie.

d *Pseudoarmonia*. Nu rareori, tensiuni conflictuale sunt camuflate de o fațadă de familie unită. La o astfel de pseudoarmonie se poate reacționa cu anxietate. Richter informează că la analiza a 150 de pacienți nevrotici (neuroze cardiace), procentul persoanelor necăsătorite sau divorțate era semnificativ mai scăzut decât procentul corespunzător în grupul de control. Concluzia lui a fost că la acești anxioși neurali exista tendința de a ajunge la o formă de simbioză în căsnicie!

Familia micșorată poate fi menținută în stare de funcționare prin interpretarea diferită a realității; realitatea inacceptabilă este falsificată inconștient pentru a o face ca și cum ar fi acceptabilă. Pot fi aduse astfel la viață mituri de familie care pot duce, de pildă, la o folie à deux. Uneori, aducerea la

Scanned with OKEN Scanner

cunoștință de către medic a faptului că nu este bolnav copilul este inacceptabilă pentru părinți; în ochii lor, copilul este slab, neajutorat sau bolnav. Aceasta poate duce la o supraîngrijire foarte dăunătoare. Un exemplu de acest fel se poate găsi în nuvela lui Anton Koolhaas, *Datorită unei pieli sensibile*.

Aproape întotdeauna este vorba de o influențare și schimburi circulare. Ceea ce este primar nu (mai) poate fi depistat ca atare. Huygen a numit aceasta cauzalitate circulară. Este adesea dificil de întrerupt o astfel de circularitate, fapt pentru care stările se perpetuă.

Cineva se poate întreba de ce tocmai respectivul îndeplinește rolul de „pacientul identificat". Care sunt factorii care determină acest fapt? Această întrebare nu poate avea un răspuns complet, dar Satir[34] formulează, pe baza experienței proprii, unele considerente privitoare la un copil.

a Atribute accidentale ale unui copil pot fi determinante: copilul poate fi urât sau diform, ceea ce contribuie la sentimentul de diminuare a valorii părinților. Ei se pot lăsa mai puțin impresionați de lumea din afară. Copilul poate fi chiar frumos și inteligent, ceea ce ar provoca gelozie. De asemenea, copilul poate semăna mult cu unul din părinți sau bunici, ceea ce poate fi neplăcut pentru celălalt părinte.

b Ordinea de rang din familie poate fi determinantă. Copilul cel mai în vârstă ar putea avea mai multe drepturi, el este cel ce deschide gura.

c Sexul copilului poate interveni în a determina dacă el are sau nu o poziție deosebită.

d Foarte adesea, vârsta are o influență: abia la adolescență, la căpătarea unei independențe, un copil poate deveni copil-problemă.

FIXAREA SOMATICĂ

Procesul de fixare somatică a mai fost tratat înainte. Atunci s-a vorbit de o serie de cicluri în care apare fixarea somatică. Interacțiunea din familie poate juca un rol de impulsionare într-unul sau mai multe cicluri, așa cum s-a văzut din cele de mai sus. Mai ales dacă se încearcă să se evite un conflict, aceasta se poate manifesta într-un proces de somatizare la unul sau mai mulți membri ai familiei.

Acesta se poate manifesta, între altele, în „copilul ca simptom prezent": mama vine cu copilul la ora de consultație neprogramată pentru a vedea de ce anume se plânge copilul, copilul care este, probabil sau cu siguranță, sub stres datorat relațiilor.

MEDICUL DE FAMILIE ȘI ECHILIBRUL FAMILIEI

Mai devreme s-a arătat că medicul de familie este, în mod primar, medicul unui individ care i se încredințează. Dar el este și medicul celorlalți membri ai familiei. Aceasta înseamnă în mod concret că, la acordarea ajutorului unuia

Scanned with OKEN Scanner

din membrii familiei, el nu poate și nu are voie să uite de consecințele acestuia pentru ceilalți. Această problemă nu se ridică numai cu privire la interacțiunea din familie, ci și cu privire la întrebarea dacă pacientul care i se prezintă este pacientul real. Aceasta este cu atât mai importantă cu cât gospodina este cu totul absorbită de îngrijirea unui bolnav neglijând pe ceilalți copii, sau dacă prezența unui bolnav cronic, a unui neputincios sau bătrân influențază profund funcționalitatea familiei. Atunci când medicul de familie formulează un aviz (de exemplu, privind preluarea unui copil neputincios într-un așezământ), el trebuie să țină cont nu numai de cel în cauză, ci și de ceea ce este important pentru familie ca totalitate. Este deci important să se știe cât de mult influențează prezența unui invalid psihic sau fizic întreaga familie[36].

O analiză a diferitelor funcții ale familiei poate fi de aceea folositoare. Astfel, reiese că prezența unui copil foarte debil într-o familie deschisă duce mai repede la tulburarea funcției fizice-de-îngrijire, iar într-o familie închisă, la tulburarea funcției social-psihologice. Dintr-o cercetare a lui Gresnigt-Strengers[37] rezultă că prezența unui copil foarte debil provoacă renunțarea la vacanță, concediu, în 73% din cazuri, diminuarea atenției pentru ceilalți copii; luarea mesei împreună decurge anevoios, iar posibilitățile de distracție și de joc se reduc în două treimi din cazuri. La aproape jumătate din cazuri, s-a înregistrat și tulburarea somnului de noapte.

Comportamentul de boală al pacientului respectiv joacă rolul decisiv, dar cifrele arată că, chiar dacă ar vrea, el nu poate face viața familiei mai ușoară. Medicul de familie trebuie să țină seama de acestea atunci când indică mutarea din familie a unui copil debil. *Mutatis mutandis*, același lucru este valabil și pentru invalizi corporali, persoane foarte bătrâne, demenți și anumiți bolnavi psihici. Medicul de familie trebuie să fie de ajutor în găsirea celei mai bune soluții astfel ca familia să funcționeze optim.

El are în primul rând funcția de a sta alături de părinți în căutarea unei soluții; uneori el poate da sfaturi concrete și sprijini părinții în hotărârea pe care o iau. O datorie esențială este aceea de informare asupra situației reale în care se află pacientul. Medicul de familie trebuie chiar de prea multe ori să revină în a informa părinții că copilul are o anormalitate sau o deficiență.

De mare importanță este ca medicul de familie să realizeze tot timpul că poate preveni boli prin a ține cont că orice eveniment, ca moartea unui părinte sau copil, conflicte de familie sau divorț are repercusiuni asupra celorlalți. A acorda atenție acestora face parte din datoria lui, iar el se face vinovat de a nu fi îndeplinit această datorie dacă alți membri ai familiei i se prezintă ca bolnavi în timp ce erau sub atenția lui.

O situație de criză nu se manifestă întotdeauna ca atare: și schimbări în dispoziție și comportament social, retragerea și izolarea de sine pot fi manifestări de criză. Acestea sunt reacții cu care medicul de familie este confruntat mai puțin, sau abia atunci când unul din părinți consideră că este cazul să i se ceară sfatul, sau dacă relația cu medicul de familie este – chiar și în domeniile ne-medicale – astfel încât el este considerat de încredere.

Scanned with OKEN Scanner

Medicul de familie trebuie să ia în considerare ceea ce este important pentru familie și prin recurgerea la secretul profesional. Este posibil, de pildă, ca el să fie consultat în mod tacit de unul din soți care suferă de o boală venerică de pe urma unei relații extraconjugale. El trebuie să țină secretul, dar să facă posibilă investigarea și tratarea la nevoie a partenerului! Medicul de familie este uneori el singur în stare să ofere ajutorul necesar, alteori, el trebuie să antreneze alte persoane sau instanțe, ca terapeutul familiei, psihologul sau asistentul social.

ÎNCHEIERE

Este important ca medicul de familie să-și formeze o imagine a interacțiunii dintr-o familie, a modului de locuire și a mediului acesteia. O importantă piatră de încercare în acest sens este mama cu un copil la ora de consult neprogramat. Din felul în care procedează ei unul cu altul, din felul în care se formulează plângerile etc., medicul de familie poate remarca foarte multe. O altă sursă de informații o constituie vizita la domiciliu. Dintr-o astfel de vizită se poate afla mai mult decât din douăzeci de consulturi. Frecvența vizitelor la domiciliu s-au redus dintr-o serie întreagă de cauze: prin schimbarea modelului de morbiditate, prin preluarea în spitale și serviciul asigurat de asistenta medicală, prin îmbunătățirea transporturilor publice și prin mai buna organizare a practicilor medicale. Aceasta înseamnă în ultimă instanță că ar fi folositor, mai bine, dacă medicul de familie nu va face o vizită numai când pacientul nu poate veni la consult, ci și dacă la medicul de familie există nevoia de a-și însuși cunoașterea completă în medicina de familie!

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 11

NOTA 1. SCURTE REMARCI ISTORICE

Toate familiile au evoluat dintr-o origine: familia biologică la care funcțiile de procreare și de menținere a vieții erau centrale. Din punctul de vedere al acestei origini, familia vest-europeană a înregistrat o îndepărtare incomensurabilă. Lucrul acesta a fost făcut posibil prin dezvoltarea socială.

În Evul Mediu târziu, era răspândit tipul de *familie deschisă*. Ceea ce numin acum o familie era numai un grup restrâns din cadrul acestora. Relațiile din interiorul grupului mic erau mai strânse deci decât relațiile cu ceilalți membri ai familiei mari.

În secolul al XVI-lea a apărut *familia patriarhală*. Aceasta consta din bărbat, femeie și copii care se delimita astfel de lumea exterioară. Această familie a constituit cărămida societății; pater familias purta responsabilitatea față de biserică și stat.

În secolul al XVII-lea a apărut *familia afectivă*. Relațiile reciproce și calitatea acestora au căpătat un accent central în plus.

Conform lui Woude[38], în secolul XX a apărut *familia post-industrială care se realizează pe sine*. Centrală în cadrul acesteia este autorealizarea individului la care familia are o contribuție.

Dezvoltarea familiei a fost foarte puternic influențată de dezvoltarea industrială. Familia era o „unitate" în societatea agrară, în care centrală era producerea bunurilor necesare vieții. Industrializarea a adus cu sine o separare a locuinței și a muncii. Aceasta a fost determinantă, între altele, pentru poziția femeii. La origini, exista o inegalitate, o diferențiere între bărbat și femeie din punct de vedere biologic, din care decurgeau o serie de datorii femeiești. Separarea dintre locuință și muncă a fost cauza unei și mai puternice diferențieri dintre bărbat și femeie.

A reieșit repede că și aici s-au produs schimbări. O importantă cauză a acestora a constituit-o spargerea cauzalității, determinării dintre sexualitate și procreare prin mijloacele și metodele anticoncepționale. Schimbările se semnalează sub forma: **a** schimbări în trăirea semnificației muncii: schimbarea etosului muncii, **b** dezvoltarea mișcărilor feministe, **c** regândirea departajărilor rolurilor tradiționale de soț și soție, **d** schimbări cu privire la dorința de a avea copii, **e** schimbări în drepturile minorilor.

NOTA 2. COMPUNEREA FAMILIILOR

Compunerea familiilor poate fi sintetizată statistic. Din tabelul 11–3 de mai jos, reiese limpede că numărul familiilor fără copii s-a dublat începând cu 1960, iar numărul familiilor cu mai mult de doi copii s-a înjumătățit. De asemenea, numărul familiilor cu un părinte și copil sau copii a crescut.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 11–2
Familiile după compunere

la 1 000	*nr. copii pe cuplu* 0	1	2	*peste*	*nr. copii la un părinte* 1	2 sau peste
1960	722	542	531	723	108	91
1992	1375	740	928	396	269	170

(Sursa: Publicație CBS: Statistică lunară asupra populației)

a Familia în care sunt prezenți copii. În 1960, 7,7% din toate familiile erau din această categorie. Procentajul s-a schimbat acum. Expectanța era ca acesta să scadă datorită creșterii vârstei medii la căsătorie care duce la scăderea șansei de nașteri. Nașterile ar fi putut să crească datorită tendinței de a avea copii în afara căsătoriei.

b Familii în care este prezent numai un părinte fie ca urmare a divorțului, fie a morții unuia dintre ei. O parte mică a acestei categorii este formată de mame necăsătorite cu un copil, adică 5% din totalul gospodăriilor.

c Familii cuprinzând și alte persoane în afara părinților și copiilor. În estul țării se mai găsesc încă familii cu trei generații. Fundamentul acestora este format de locuirea la părinți a tinerilor căsătoriți, cu care se gospodăresc permanent. Această formă de familie trebuie deosebită de cea a locuirii temporare la părinți datorită lipsei unei locuințe separate. Mai sunt familii care conlocuiesc cu alți membrii ai familiei lărgite. Majoritatea familiilor sunt – în prezent sau perspectivă – familia nucleu pe o gospodărie. Familii lărgite pe o gospodărie sunt 1,7% din total.

d Forme de conviețuire nebazate pe căsătorie. Rareori, acestea privesc gospodărirea comună a unor frați și surori. Cele mai multe însă se referă la concubinaj, locuirea împreună înainte de căsătorie, conlocuirea homofililor. Din totalul gospodăriilor, această categorie reprezintă 4%.

e Cei ce locuiesc singuri fac de asemenea o gospodărie. Numărul acestora a crescut. Din totalul gospodăriilor în 1960, acestea reprezentau 12%; în 1970 s-a ridicat la 17%. Aceasta s-a datorat creșterii numărului de tineri care hotărăsc să locuiască singuri și al numărului divorțurilor.

NOTA 3. LOCUINȚA

Comparativ cu trecutul, locuința a căpătat noi caracteristici.

a Există o mai puternică nevoie de autodeterminare. Aceasta este valabilă nu numai pentru familii, dar și pentru cei ce locuiesc singuri, cupluri vârstnice și cupluri homofilice care țin la privatitatea lor.

b Locuința se diferențiază conform situației muncii. Mai mult de 20% din populația activă, ocupată, lucrează într-o altă localitate decât cea de locuire; mai bine de 12% se deplasează la distanțe mari pentru a munci (de exemplu, șoferii, comis-voiajorii, cei ce duc tratative comerciale, pescarii).

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Beuckens de Vries, M., „Forme de familie și gospodărie", în Corver, C. J. M. et al., *Familie și conviețuire*, Assen/Amsterdam, 1978.
2 Kooy, S. A., *Familia vestică modernă*, Hilversum, 1970.
3 Poppel, F. W. A. van, „Frecvența căsătoriilor în Olanda continuă să scadă", *Demografia. Buletin al NIDI*, 38, 1979.
4 Niphuis-Nell, M., „Căsnicii care nu vor copii: număr și caracteristici", *Demografia, Buletin al NIDI*, 38, 1979.
5 Niphuis-Nell, M., *ibid.*
6 Huygen, F. J. A., „Medicina de familie", *Anuarul Medical 1978*, Utrecht, 1978.
7 Bott, E., *Familia și rețeaua socială*, Londra, 1968.
8 *Demografia, Buletin al NIDI*, 5, 1971.
9 Kooy, S. A., *ibid.*
10 Kooy, S. A., *Familia în schimbare în Olanda*, Assen, 1957.
Sall, C. D., *Familia de țărani din Olanda*, Assen, 1958.
11 Frijling, B. W., „Evoluția fertilității în Olanda în perioada 1965–1975", în Cover, C. J. M. et al., *op. cit*, 1978.
12 *Ediție de buzunar de statistică*, Haga, 1992.
13 Verschuer, O. von, „Genetica clinică", *Klinik der Genenwart x*, München, 1973.
14 *Principiile medicinei interne ale lui Harrison*, New York, 1970.
15 Marchall A.G. et al., „Ereditatea în bolile comune", *British Medical Journal*, 1, 1962, 5270.
16 Nelson, W. E. et al., *Culegere de pediatrie*, Philadelphia, 1969.
17 Jonge, J. A. de, *Copii cu enurezie*, Dizertație, Utrecht, 1969.
18 Miller, F. J. W., S. D. M. Court et al., *Crescând în Newcastle pe Tyne*, Londra, 1960.
19 Bott, *ibid.*
20 Swaak, A. J., *Alimentația, obiceiuri de alimentație și starea de sănătate*, Nijmegen-Utrecht, 1968.
21 Draak, J. de, „Familii și alocarea de locuințe", în *Cover*, C. J. M. et al., *op. cit.*, 1978.
22 Dingle, J. H., J. F. Badger et al., *Boala în casă*, The Press of Case Western Res., 1964.
23 Pel, J. Z. S., *Bolile infecțioase din primii cinci ani de viață*, Dizertație, Amsterdam, 1960.
24 Miller, F. J. W., S. D. Court et al., *ibid.*
25 Bots, A. W., *Inflamația în gât în practica medicului de casă*, Leiden, 1965.
26 Es, J. C. van *Pacienții-problemă*, Assen, 1967.
27 Bell, R. R. (ed.), *Studii asupra căsătoriilor și familiei*, New York, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

28 Moll van Charante, A., *Senzația de boală: comportamentul de boală*, Dizertație, Utrecht, 1980.
29 Huygen, F. J. A., *Medicina de familie*, Nijmegen, 1978.
30 Duvall, E. M., *Dezvoltarea familiei*, Philadelphia, 1971.
31 Rakel, R. E., *Principii ale medicinii de familie*, Philadelphia-Londra-Toronto, 1977.
32 Veen, C. J. F. van și J. C. van der Meulen, *Tratamentul de familie: o orientare*, Alphen aan de Rijn, 1970.
33 Richter, H. E., *Familia ca pacient*, Utrecht-Antwerpen, 1971.
34 Satir, V. S., *Terapia de familie*, Deventer, 1969.
35 Huygen, F. J. A., „Prevenția și fixarea somatică", *Medicul de familie și Știința*, 21, 1978, 363.
36 Es, J. C. van, *Familii cu copii debili*, Dizertație, Utrecht, 1959.
37 Gresnigt, H. A. A. și A. M. C. Gresnigt-Stregers, *Părinți și familii cu un copil profund debil*, Dizertație, Utrecht, 1973.
38 Woude, A. M. van der, *Dezbateri în cadrul adunărilor anuale ale Asociației de demografie*, din 2 iunie 1978.

Scanned with OKEN Scanner

II Capita selecta

Scanned with OKEN Scanner

12 Pacienți cu tulburări funcționale

Tulburările funcționale sunt tulburări în funcționarea unui organ sau sistem de organe fără ca la baza lor să fie procese organice de boală demonstrabile. Ele pot provoca suferințe care se aseamănă foarte mult cu bolile somatice. Diferențierea acestor două categorii este însă foarte importantă în practică. Există riscul de a exagera o boală fizică sau, dacă este prezentă o tulburare funcțională, de a încuraja o fixare somatică.

Tulburările funcționale apar foarte des în practica medicului de familie. Este deci de cea mai mare importanță ca un medic de familie să știe cum să procedeze în astfel de cazuri. Suferințele sunt adesea vagi, uneori se referă la un sistem de organe. Pentru cazul din urmă, este de diferențiat între complexele de simptome.

Stresul joacă adesea un rol important în apariția tulburărilor funcționale. Trebuie să existe însă o certă înclinare, predispoziție pentru a reacționa la tulburări funcționale. Fiecare om este, în principiu, în stare de aceasta: ele nu desemnează oaia neagră a societății noastre. Dat fiind faptul că prin ajutorul său medicul de familie acordă atenție atât aspectelor corporale, cât și celor psihice și sociale, el este cu deosebire cel ce vine în întâmpinarea lor.

Scanned with OKEN Scanner

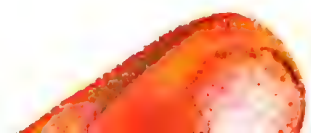
INTRODUCERE

Medicul de familie este confruntat frecvent cu pacienți având suferințe corporale fără a avea anormalități somatice care să explice aceste suferințe. Există cauze diferite ale unor astfel de suferințe.

a Procesul de boală se poate afla într-un stadiu atât de timpuriu încât anormalitățile nu sunt vizibile. Din acest punct de vedere, bolile de sistem, afecțiunile maligne și în general bolile care se dezvoltă lent sunt notorii. O tumoare canceroasă de pancreas poate cauza lung timp dureri dorsale și alte suferințe înainte ca procesul malign să fie vizibil; o tumoare cerebrală poate cauza dureri de durată înainte ca boală să devină manifestă. Chiar în stomac, anumite procese pot fi lung timp inconstatabile. Un exemplu în acest sens este următoarea istorie de boală.

Doamna X, o femeie de 46 de ani și mama unei familii numeroase, suferă din tinerețe de astmă. Ea are o viață foarte tensionată (mereu ocupată cu ceva) la care se adaugă necazurile provocate de caracterul dificil al soțului care este din ce în ce mai invalidizat de o actaza bronhică și o proastă funcționalitate a plămânilor. Un an înainte ca ginecologul să-i fi operat o anexă, ea s-a plâns medicului de familie de vagi dureri în abdomenul inferior. Anamneza a relevat numai o durere nelocalizată. Nu sunt tulburări funcționale ale tracturilor. Medicul de familie a efectuat, prin repetare, un examen corporal, care nu a evidențiat nici o anormalitate. De asemenea, nici touche-ul vaginal și rectal nu a relevat nimic. Testele de laborator pentru fecale, urină și sânge nu au pus în evidență nici o anormalitate; în fecale nu se găsește sânge, iar rata de sedimentare a sângelui este normală. De asemenea, examenul röntgen, solicitat de medicul de familie, nu a evidențiat nici o anormalitate la stomac, bilă sau colon. Deoarece suferințele persistau, pacienta a fost trimisă la internist, care nu a găsit de asemenea nici o anormalitate. El a descris suferințele ca frică de cancer care, într-adevăr, este prezentă, și care este urmare a faptului că mama pacientei a murit cu un an în urmă de tumoare canceroasă pe colon. Câteva luni mai târziu, ea și-a consultat iar medicul de familie pentru că continua să aibă dureri abdominale și pentru apariția de sânge pe anus. La touche-ul rectal, s-a simțit de data asta o oarecare tumoare. Ea a fost trimisă la internist și chirurg care au extras polipi din colon, din care unul era o degenerare malignă. A avut loc o rezecție totală de colon; un anus preater nu a fost nevoie de plasat. Cincisprezece ani mai târziu, pacienta este încă în condiție bună. La această pacientă nu s-au putut constata deci anormalități. De aceea, suferințele au fost înregistrate la capitolul constituției ei psihice: astma ei, circumstanțele supărătoare din familie și moartea mamei au contribuit la aceasta. Totuși, este cunoscut că polipoza colică cu degenerare malignă este o boală ce apare în familie, de familie!

Această istorie de boală a fost oferită ca avertizare asupra unei prea rapizi decizii conform căreia nu ar fi prezent un proces de boală numai pentru că nici o anormalitate nu este de găsit. Aceasta lasă să se vadă că, la apariția unui nou simptom, trebuie să ne reîntoarcem la qui-vive și trebuie să fim pregătiți să reformulăm diagnosticul inițial.



Scanned with OKEN Scanner

b Când ajutorul medicului de familie este solicitat, boala poate fi uneori atât de deasupra punctului ei culminant, încât simptomele acesteia să nu mai poată fi puse în evidență. Aceasta se întâmplă la bolile autolimitative! Dacă în astfel de cazuri nu este vorba de afecțiuni grave, neglijarea consecințelor acestora de către o diagnoză este relativ neînsemnată; totuși, la suferințe de lungă durată, un astfel de diagnostic stă în calea tratamentului.

c Boala poate avea o evoluție atât de ușoară încât recunoașterea ei este foarte dificilă sau imposibilă. Pe baza unei anamneze amănunțite, se poate afla, de pildă, că s-a suferit de o infecție virală, dar nu s-a putut găsi nici o dovadă a acesteia în analizele de laborator sau röntgen.

d Boala, de felul ei, poate fi dificil depistabilă. Sunt o serie de boli care numai pe baza anamnezei pot fi diagnosticate. Exemple de acest fel sunt migrena și angina pectorală.

e Este posibil ca medicul care conduce investigarea să nu cunoască sau să cunoască insuficient simptomatologia unei boli, să o observe incorect, să ceară prea puține sau incorect dirijate analize de laborator, sau să le ceară la un moment incorect ales. Neglijarea unei analize serologice pentru sifilis sau unei reacții Mantoux pentru tuberculoză la momentul când ele ar fi fost indicate, poate face boala intratabilă. O hipertiroidie sau o hepatită anicterică pot fi de asemenea ireconogscibile.

f În afara circumstanțelor arătate mai sus, în care un proces de boală poate fi nemanifest, neevident, mai există o categorie de tulburări a căror semnificație este cu totul alta. Asupra acestor tulburări funcționale vrem să insistăm în acest capitol.

NOȚIUNEA DE TULBURARE FUNCȚIONALĂ

O tulburare poate fi cauzată de un proces de boală, ca de exemplu, interferența dintre celulă și structurile de țesut. Dar într-un astfel de caz nu se vorbește de o tulburare funcțională. Se poate vorbi de o astfel de tulburare dacă există o „tulburare operativă (de efectuarea lucrului)" care, în principiu, este reversibilă, ca de pildă, stare de crampă în musculatura intestinului gros. O asemenea tulburare poate fi cauzată atât de spine iritative somatice cât și psihice. Astfel se poate ca spasmele de colon să se datoreze prezenței unei tumori canceroase sau pietrelor la bilă (via un reflex viscero-visceral). Se poate vorbi, în astfel de cazuri, de tulburări funcționale simptomatice. Dacă însă tulburările se datorează unor tensiuni psihice și altora de acest fel, atunci se va vorbi de tulburări „funcționale esențiale". În acest capitol, ne vom limita la această categorie.

Zeci de ipoteze s-au formulat pe parcursul timpului, pentru explicarea apariției tulburărilor funcționale. Teorii mai vechi au pus accentul pe funcționarea prea puternică sau prea slabă a sistemului simpatic sau vag. Mai târziu, s-a spus, de către G.von Bergmann între alții, că este vorba de existența unei coroborări a vagotoniei și simpaticoniei. O „stigmatizare vegetativă" (prezența vizibilă a unui semn vegetativ, ca dermografie pozitivă,

Scanned with OKEN Scanner

transpirarea rapidă, instalarea rapidă a bătăilor accelerate de inimă sau tensiunii labile) ar fi urmarea instalării unei tulburări funcționale. Mult mai târziu s-a presupus că la baza acestora stau anormalități endocrine ușoare, dar lucrul acesta nu s-a dovedit pe deplin. În prezent, există tendința de a pune apariția tulburărilor funcționale, între altele, pe seama factorilor psihologici. Noțiunea de stres este un conector esențial și, având în vedere că perspectiva multicondițională este o abordare de valoare a bolilor, acum putem să stabilim, cu privire la tulburările funcționale, următoarele.

a Ele nu pot fi explicate printr-o anormalitate fizică vizibilă.

b Ele apar sub influența stresului. Acest stres poate fi, originar, atât somatic (de exemplu, supraoboseala sau intoxicarea), cât și psihogen (trăirea unei situații). Tulburările funcționale pot fi cauzate de o multitudine de astfel de factori; ele pot fi determinate multicondițional.

c Individul însuși este în posesia unei „predispoziții" certe de reacționare prin tulburare funcțională în general sau a unui anumit sistem de organe, în special.

Este de cea mai mare însemnătate cunoașterea faptului că tulburările funcționale pot fi provocate atât de factori somatici cât și psihici, astfel ca, în practică, să se cerceteze atât cauzele corporale cât și cele psihice. O boală infecțioasă sau o afecțiune malignă se poate manifesta prin simptome comparativ analoge cu cele ale unei afecțiuni funcționale. Una din marile probleme ale medicinii moderne este aceea că nerecunoașterea din timp a unei afecțiuni somatice este probabil de a fi descrisă ca o „greșeală de artă". Există deci înclinația ca, la apariția suferințelor, să se caute iar, și în continuare, cauzele somatice. Aceasta poate contribui la instalarea unei fixații somatice. Medicul de familie trebuie să navigheze între Scilla nedescoperirii, nerecunoașterii unei afecțiuni grave, și Caribda unei fixări somatice. Asupra acestora se va reveni în acest capitol.

Nu este simplu să se achiziționeze cunoștințe asupra frecvenței tulburărilor funcționale în practica medicului de familie; rezultatele diferitelor cercetări diverg foarte mult. Mai întâi, depinde într-o măsură mare dacă suferinzii de tulburări funcționale se prezintă cu suferințele lor mediului familiei, ceea ce influențează în mare măsură statistica bolilor în acest sens. În al doilea rând, nu fiecare medic interpretează identic semnele de boală și durerile unui același pacient: un medic le va numi funcționale, un altul le va considera somatice, un altul psihice. Ceea ce-l interesează pe medicul respectiv va fi iar de importanță; un medic de familie cu interes pentru tulburările funcționale le va recunoaște mai des, în timp ce, pe deasupra, pacienții cu astfel de supărări vor îndrăzni să se prezinte mai repede la un medic cu astfel de preocupări. La sfârșit, dar nu mai puțin important, statisticile de morbiditate abia dacă oferă posibilități de înregistrare pentru unele sisteme de organe astfel încât să se permită înregistrarea tulburărilor funcționale.

Din cercetarea deja citată SNBPPMC[1] reiese că în statistici s-a găsit o incidență a bolilor funcționale de inimă de 36,9 pe 10 000 de pacienți, în timp ce aceasta este de 29,0 pentru angină pectorală, și de, respectiv, 15,1 pentru

Scanned with OKEN Scanner

infarct de inimă. S-a formulat diagnosticul de boală funcțională de inimă, în practica medicilor familiei (cel puțin după SNBPPMC), de două ori mai des decât diagnosticul de infarct de inimă. Pentru durerile de abdomen, diferențierea dintre tulburările funcționale și bolile organice este încă și mai dificilă. O dovadă a acestei frecvențe este cu certitudine de găsit în datele conform cărora incidența suferințelor de abdomen cu o vizibilă bază organică este de 85 per 10 000, în timp ce aceasta este de 60 pentru suferințe de abdomen fără bază organică.

Dacă se dorește obținerea de informații asupra frecvenței cu care se manifestă tulburările funcționale, atunci trebuie să ne îndreptăm către acele studii în care se poate avea încredere pentru că au fost efectuate special în acest scop. Folmer[2] a efectuat o cercetare a bolilor apărute într-o circumscripție din nordul Norvegiei. Pentru fiecare pacient, el a înregistrat trei suferințe principale împreună cu diagnosticul lor. A rezultat că 405 din 1 974 de suferințe (20% din totalul acestora) puteau fi trecute la capitolul tulburări funcționale. Procentul de tulburări funcționale pe fiecare suferință a fost însă foarte diversificat.

Astfel el a stabilit cu exactitate că angina de efort (durere în piept la efort) a avut o bază funcțională în numai 6% din cazuri, iar bătăile accelerate de inimă, din contra, în 65% din cazuri. Vom enumera acum unele procente ale tulburărilor funcționale așa cum au fost ele găsite de Folmer: angina de efort 6%, durere în gât 7%, dispnee de efort 10%, oboseală 25%, amețeală 35%, durere abdominală 50%, durere în piept 60%, bătăi accelerate de inimă 65%.

S-au efectuat și alte cercetări. Von Uexküll[3] informează, în sinteza lui asupra afecțiunilor funcționale, că în circumscripția lor, Jores, Lewis și Watts au găsit un procentaj de 40, 41 și respectiv, 60 al afecțiunilor funcționale. Kuypers[4] a stabilit, în practica sa din mediul rural, că, pe parcursul unui an, i s-au prezentat aproximativ 10% pacienți cu tulburări funcționale. Shepherd et al.[5] au ajus la un procentaj de 9, Hodgkin[6], la unul de 15%. Kuypers a înregistrat 15% din totalul contactelor dintre medic și pacient cu privire la această categorie de suferințe.

Pentru el, aceasta a semnificat faptul că, în medie, 4 din 26 de pacienți consultați zilnic au venit pentru astfel de suferințe. Analiza unor practici de specialitate indică de asemenea că afecțiunile funcționale au fost foarte variat diagnosticate: astfel, într-o practică ginecologică, Gauss a identificat, a caracterizat astfel 33% din cazurile diagnosticate, iar Kronfeld, 80% într-o practică de interne, în timp ce Kaufman și Bergstein au trebuit să preia la rubrica „boli funcționale" 81% din suferințele dintr-un spital de pe Muntele Sinai. Cele de pe urmă au fost identificate pe baza unor cercetări specializate și superspecializate.

Noi vom face comentarii pe marginea acestora care indică faptul că trimiterea la specialist și retrimiterea la medicul de familie s-a făcut adesea neadecvat. Mai târziu în acest capitol, noi vom conchide că tocmai tratamentul tulburărilor funcționale este sarcina prin excelență a medicului de familie.

Scanned with OKEN Scanner

De ce apar tulburările funcționale?

Tulburările funcționale pot, în principiu, ca orice afecțiune, să apară sub influența factorilor genetici, dispoziționali și situaționali. Despre influența factorilor genetici se cunoaște puțin. Ceva mai mult se știe despre influența factorilor dispoziționali. Se pare că mai ales educarea copiilor mici este co-determinantă în apariția tulburărilor funcționale. După Jores[7], un rol important este jucat mai ales de felul în care un copil învață cum să procedeze cu frica. De asemenea expectațiile implicite ale părinților cu privire la copil au o semnificație de punere la încercare (vezi nota 1).

Pentru formarea imaginii despre bolnavii cu tulburări funcționale, este important de știut că aceștia nu sunt caracterizați de o anumită structură de personalitate. Trebuie să devină stabilit faptul că noțiunile „funcțional" și „nevrotic" nu au de-a face una cu alta: nevroza este expresia unei tulburări de dezvoltare. Și noțiunea de nevroză de organ poate duce la confuzii: termenul desemnează suferințe localizate la un organ. Semnificațiile dependenței de nevroză, în sens strict, diferă între ele. Este de aceea mai bine, ca termenul de „nevroză de organ" să nu se folosească. Același lucru este valabil și pentru *isterie*. Pacienții nevrotici pot, în ultimă instanță, avea și simptome funcționale; tot atât de bine ca și suferirea de boli corporale. Tabloul suferințelor poate fi multiplu colorat într-un astfel de caz. Dacă stresul este prea mare, fiecare poate avea tulburări funcționale! Aceasta nu exclude faptul că cei ce sunt înclinați la anxietate nu ar fi mai repede victime.

Factorul de „degajare" intervine mereu în substratul unui eveniment sau situații stresante. Aceasta reclamă adaptarea la situație, ceea ce poate duce la reacții somatice. Mai înainte am vorbit despre faptul că stresul nu poate singur, în ultimă instanță, conduce la tulburări funcționale, dar la boli psihosomatice și somatice, da.

Interdependența dintre vârstă și sex. Vârsta.

Din numeroase cercetări reiese că afecțiunile funcționale apar mai ales la adulții tineri. Un exemplu poate fi furnizat de Registrul de evidență continuă a morbidității de la Institutul Medicilor de Casă din Nijmegen, ca cel din tabelul 12–1. Scăderea este cu atât mai mare cu cât vârsta este de peste 70 de ani.

Pasamanik[8] a găsit la vârstele între 15 și 24 de ani de două ori mai multe tulburări funcționale decât la cele de 33 până la 65 de ani. Peste 65 de ani, el nu a mai găsit tulburări funcționale. Von Uexküll[9] a găsit la pacienții de boli interne policlinică, din Giessen, cea mai ridicată cotă la vârstele de 20 până la 40 de ani. La pacienții de peste 70 de ani, abia dacă s-au înregistrat 3,9% simptome funcționale. Bolile organice devin mai frecvente cu vârsta, dar descreșterea celor funcționale nu este ușor de explicat. După von Uexküll sunt posibile, în teorie, trei explicații: a tulburările funcționale se vindecă cu înaintarea în vârstă; b pacienții cu simptome funcționale nu devin tot atât de bătrâni ca și cei de aceeași vârstă, dar fără aceste suferințe; c simptomele funcționale degenerează pe parcurs în boli organice. Ca o a patra explicație,

Scanned with OKEN Scanner

se poate adăuga schimbarea în comportamentul de boală al bătrânilor care nu se adresează tot atât de repede medicului de familie. A se compara cu tabelul.

Tabelul 12–1.
Distribuția suferințelor funcționale pe vârste și sex, pe 1 000 pacienți înregistrați. (Preluat: „Cifrele de morbiditate din practica generală",)[10]

vârsta	*incidența*		*total*	*prevalența*		*total*
	bărb.	*femei*		*bărb.*	*femei*	
0– 4	41	26	34	0	1	1
4– 9	44	43	44	3	0	2
10–14	56	46	51	1	2	1
15–19	70	170	118	1	6	3
20–29	129	224	176	10	34	22
30–39	153	216	184	45	77	60
40–49	156	189	173	68	117	92
50–59	124	162	143	92	152	122
60–64	70	132	103	74	160	119
65–75	68	114	93	51	154	108
75 +	43	76	63	29	133	92
total	102	150	126	34	73	54

Care din aceste explicații este cea potrivită, nu se poate spune, dar cert este că fiecare trebuie probată. Lucrul acesta nu este ușor pentru că necesită o cercetare prospectivă pe foarte mulți ani. Se pare însă că prognoza durerilor și simptomelor funcționale nu este rea. Pacienții cu astfel de suferințe le pot suporta, cu mai mult sau mai puțin ajutor, mulți ani fără ca din ele să decurgă boli organice.

O consecință a celor de mai sus este aceea că, în practică, nu trebuie să se formuleze diagnosticul de „tulburare funcțională" la vârstnici. Mai curând, trebuie să se vadă dacă nu este vorba de cauze corporale. Un exemplu de boală care poate fi greșit evaluată, din acest punct de vedere, este „apoplexia/paralizia silențioasă" (urmare a unor microembolii cerebrale, sclerozări interne, schimbări ale tensiunii sanguine etc.) Aceasta poate decurge adesea foarte repede, ca un „mic infarct", fără manifestări exterioare; dar ele se pot manifesta și ca oboseală excesivă, durere și schimbări de comportament care le pot face confundabile cu suferințele funcționale.

Sexul. Din tabelul 12–1 reiese de asemenea că tulburările funcționale apar cu mult mai des la femei decât la bărbați. La femei, incidența este de aproximativ o dată și jumătate mai mare decât la bărbați, iar prevalența, de două ori mai mare. Pentru evaluarea acestui rezultat, trebuie să se țină cont de faptul, deja menționat, că prevalența tuturor bolilor este, pe total, de 60% la femei și 40% la bărbați. Parțial, aceasta a fost explicată de deosebirile în modelul de îmbolnăvire și comportamentul de boală.

Scanned with OKEN Scanner

Diferența în cifrele globale de morbiditate se poate datora, bineînțeles, frecvenței ridicate a suferințelor funcționale la femei, dar și deosebirilor în comportamentul de boală. Pentru cea din urmă nu există dovezi cifrice satisfăcătoare pentru a da un răspuns. Van den Velden[11] a găsit la femeile necăsătorite, mai mult decât la cele căsătorite și deci mai mult decât la bărbați, „apariția sindromului de femeie casnică" constând din depresivitate, îmbătrânire, senzații de înțepături, lipsa poftei de mâncare, oboseală, dureri musculare și articulare, și mâncărime. Nu este exclus ca acest sindrom (sub forma tulburărilor funcționale) să se manifeste mult mai mult la femei, datorită faptului că aceasta, ca femeie casnică, se poate afla mai repede într-o situație de stres.

Diagnosticul tulburărilor funcționale

Din cele de mai sus reiese clar că formularea unui diagnostic de „tulburare funcțională" este adesea foarte dificil. Simptomele pot fi des asemănătoare cu ale unei afecțiuni organice. Este deci necesar să se ia o anamneză precisă și să se întreprindă investigații potrivite. Riscul este ca medicul de familie să trimită pacientul la specialist dacă nu sunt vizibile anormalități care ar putea explica simptomele și durerile. Acesta poate fi primul pas în direcția unei fixații somatice, mai ales dacă corelarea dintre medicul de familie și specialist nu este optimă.

Sunt însă unele criterii care susțin evaluarea unei tulburări funcționale. Acestea sunt următoarele:

a Excluzând sindroamele ce se pot descrie cu certitudine ca fiind tulburări funcționale, durerile vagi pot fi tulburări funcționale, și anume acelea care apar mai puțin des în cazul bolilor somatice. Mai ales combinația de oboseală, durere de cap și amețeală se poate lua în seamă, dar și neliniștea, insomnia, tulburări de concentrare, scintilații și tremurături.

b Tulburările funcționale se caracterizează des printr-o etapă premergătoare de lungă durată. Anamneza arată că suferințele au existat cu mult înainte de adresarea la medicul de familie. Pacientul însuși a avut sentimentul că nu este vorba de ceva grav. Pe deasupra, nu se poate stabili exact începutul suferinței.

c Suferințele funcționale sunt caracterizate tipic de numărul mare de dureri și simptome pe care le prezintă pacientul. Kuypers consideră că acestea pot fi în asocierea dintre suferințe corporale și psihosomatice; pe caz de boală, el a găsit o medie de 2,5 suferințe corporale și 2,5 psihoemoționale. Acestea pot fi foarte diferite; dat fiind faptul că se pot distinge și suferințe mai specifice: dureri în membre, dorsale, tremurături, frisoane, urticaria, transpirații bruște, mâncărimi, tuse de iritație, tulburări ale somnului și lipsa poftei de mâncare, apatie, diminuarea puterii de concentrare și umorii.

d Dacă se privește un pacient din perspectiva vieții lui, se observă că el a avut adesea diverse episoade de tulburări funcționale. De remarcat este diversitatea simptomelor de manifestare: un episod se poate caracteriza prin alte

Scanned with OKEN Scanner

suferințe decât altul. Dar se pot găsi și pacienți la care suferințele de manifestare rămân relativ constante.

e *Stresul.* Am arătat deja că tulburările funcționale pot apărea sub influența stresului. Acesta poate fi atât de natură somatică, cât și psihologică. Poate fi vorba de o situație conflictuală în familie sau la locul de muncă, de o supraîncărcare sau de un conflict de rol. Un eveniment recent (decesul unui membru al familiei, nașterea unui copil sau o căsătorie) poate fi generatorul unor tulburări funcționale. Este necesar, în astfel de cazuri, să se mențină în atenție că există o interdependență între stres și devenirea manifestă a acelor boli care pot duce la afecțiuni maligne. De aceea, trăirea stresului de către un pacient nu trebuie prea repede văzută ca o indicație pentru caracterul funcțional al durerilor și semnelor.

Noi am subliniat adesea că o tulburare funcțională nu se asociază cu anormalități organice vizibile care explică aceste suferințe. Acestei atât de importante fațete vrem să-i mai acordăm încă o dată atenție.

O boală somatică poate decurge la început fără simptome, sau având simptome care induc în eroare. O afecțiune gravă poate începe foarte lent: tumoarea canceroasă la stomac, scleroza multiplă. Diabetul, anemia pernicioasă bolile de creier, ficat sau rinichi se pot manifesta, la început, ca și cum ar fi tulburări funcționale. Evitarea unui diagnostic greșit se poate face prin supunerea pacientului la o cercetare corporală precisă, corectă și prin urmărirea evoluției durerilor și semnelor de boală, acordându-se atenție eventualelor noi simptome.

Important este apoi că la un pacient se pot găsi anormalități corporale accidentale, care nu au legătură cu suferințele prezente – de pildă, un ușor „suflu" la inimă – și care nu constituie nici o explicare pentru suferințele funcționale. Deci nu trebuie ca anormalitățile găsite să fie folosite ca un fel de „cuier" pentru suferințe. Pentru mulți medici de familie și pacienți, periculozitatea constă în faptul că o cauză somatică este prezentă. Medicul poate, prin aceasta, aduce ușor daune iatrogene. Nu puțini sunt pacienții care continuă să trăiască cu convingerea că suferă de o „boală", o convingere pentru care și medicii sunt vinovați. Adesea, o stare de echilibru se poate atinge chiar prin punerea la „cuier" a ceea ce este ușor somatic, a unei suferințe, dar cu o astfel de soluționare nu trebuie să ne declarăm prea repede mulțumiți.

Trebuie să se țină totuși seama că un pacient poate suferi ani la rândul de tulburări funcționale, ceea ce, la un anumit moment, poate degenera în boli fizice. Eventualele schimbări în tipologia suferințelor trebuie privite mai ales în acest fel. Remarcabil este că, după aceea, suferințele funcționale originale dispar adesea.

Reamintim că tulburările funcționale pot fi recunoscute, într-o serie de cazuri, după natura modelului, tipului suferințelor. Se disting deci suferințe în general, sau generale și suferințe centrate pe organ.

Suferințe generale. Foarte adesea, în tulburările funcționale este vorba de triada oboseală, durere de cap, amețeală. Ele se pot manifesta ca atare, sau se pot asocia cu suferințe emoționale (anxietate, neliniște, nesiguranță, îndoială și depresie), cu o suferință centrată pe organ, sau cu amândouă.

Scanned with OKEN Scanner

a *Oboseala*. Aceasta este una din cele mai frecvente suferințe în medicină. Ea este un simptom al unor boli foarte diferite, al unor tulburări funcționale a organelor, al intoxicațiilor etc. Oboseala normală pentru care odihna este trăită cu plăcere se poate disocia greu de cea datorată altor cauze. Totuși, o deosebire se poate face: oboseala funcțională nu se relaționează cu efortul, așa cum este cazul, de exemplu, cu oboseala ca urmare a bolilor de inimă sau plămâni. Oboseala este resimțită mai des diminețile decât după-amiezile (aici trebuie să se facă deosebirea cu oboseala din depresie care se manifestă asemănător). Oboseala funcțională nu este, de asemenea, relaționată cu oboseala din picioare; aceasta poate fi cauzată de lipsa de mișcare. Trebuie iar să se deosebească oboseala prin lipsă de somn, dar aceasta din urmă poate fi des o manifestare a tulburărilor funcționale. Pacienții la care oboseala este cea mai importantă suferință necesită o investigare corporală bună și teste de laborator suplimentare. Oboseala intervine, între altele, în boli de rinichi, de ficat, diabet zaharat, hipertensiune, boli de inimă și plămâni, neurologice și endocrine. Cu cât apare mai vag, cu atât va fi cercetarea mai lărgit. Suferința-oboseală se regăsește însă în numai 15% din cazurile de anormalități organice!

Tipul, modelul de suferințe care, în decursul timpului, a avut multe nume, este acum trecut la rubrica *sindrom cronic de oboseală (SCO)* și i se acordă multă atenție. Uneori se înregistrează epidemii care, uneori, se asociază cu semne neurologice de boală, și deci uneori sunt specificate ca fiind *encefalomielită mialgică (M.E.)*. Au fost considerate zeci de cauze ale acestora: infecții virale, depresie, dar și anormalități în sistemul imunologic (vezi și capitolul 5). Legătura nu a fost însă niciodată deasupra oricărui dubiu, stabilită. Global, se poate presupune că la apariția și menținerea SCO un rol este jucat atât de factori corporali, fizici, cât și de factori psihici.

b *Durerea de cap*. Manifestarea numită durere de cap, care poate fi atât de natură mialgenă, cât și vasculară, va mai fi tratată anume în capitolul 14.

c *Amețeala*. Dacă se observă mai bine, reiese că nu este chiar atât de des vorba de o amețeală propriu-zisă, cât mai ales de o senzație de amețeală. O adevărată „amețeală cu rotire" indică mai curând înțepături vestibulare, în timp ce amețeala prin schimbarea stării, posturii poate, între altele, indica tulburări circulatorii sau anemie. Cauzele neurologice și ontologice mai ales trebuie excluse, numai în ultimă instanță și atenție trebuie acordată și ochilor. Utilizarea sedativelor și tranchilizantelor poate, subsidiar, duce la amețeală și oboseală.

Kuypers[12] a găsit, în cercetarea sa, la 345 de pacienți cu suferințe funcționale, în 65,6% din cazuri, oboseala, în 35%, durerea de cap, iar în 28% amețeala.

Suferințe centrate pe organ. Sub ceea ce se numește suferințe centrate pe organ se pot recunoaște un număr de sindroame. Mai ales canalul stomac–tractul gastrointestinal și sistemul circulator par să fie predispuse la tulburări funcționale. Apoi, tulburări de natură funcțională pot apărea la aparatul locomotor, piele, căile respiratorii și micul bazin (zona pelvisului).

Scanned with OKEN Scanner

Kuypers a conchis că există o relație între sistemele de organe tulburate funcțional și apariția anxietății și depresiei. Din datele obținute de el, se poate extrage tabelul 12–2.

Tabelul 12–2
Relația dintre anxietate și depresie, pe de o parte, și suferințe centrate pe organ, pe de alta. (Preluat: Kuypers, C. A., „Tulburări «psihosomatice» în practici din mediul rural", în Medicul de familie și Știința, 1966, p. 9, 42)

pacienți cu preponderență:	*total*	*suferințe preponderente cardiacă* abs.	%	*stomac-intest.* abs.	%	*ambele* abs.	%	*total* abs.	%
anxietate	151	57	37	29	19	9	6	95	62
depresie	109	4	4	59	54	2	2	65	60
ambele	70	15	21	30	43	8	11	53	75
total	330	76	23	118	36	19	6	213	65

Din acest tabel reiese că anxietatea se asociază des cu tulburări funcționale cardiace, iar depresia cu tulburări digestive. Această tendință se manifestă atât la bărbați cât și la femei.

Acum este timpul să urmărim o serie de sindroame corelate, centrate cu/pe organ.

SINDROAME FUNCȚIONALE CARDIOVASCULARE

Durere în regiunea inimii.

Medicul de familie este relativ des confruntat cu pacienți care se prezintă cu „dureri în regiunea inimii". Un astfel de pacient este, bineînțeles, speriat uneori că are un infarct. La aceasta conduce un recent atac sau moarte cardiacă a cuiva din mediul imediat al pacientului, sau faptul că infarctul de inimă a avut loc în familia sa (suspiciunea este deci cu atât mai mare: pacientul provine dintr-o „familie marcată"). Suferința poate apărea însă fără ca factorii predispoziționali de mai sus să ducă la anxietate.

Pentru binele pacientului este, natural, de o importanță esențială să se facă deosebirea dintre o afecțiune de inimă care pune în pericol viața și o boală funcțională de inimă. Anamneza poate aduce o contribuție importantă la această deosebire. Pentru o afecțiune funcțională de inimă pledează durerea, localizată la peretele toracelui stâng, durere care este descrisă ca „lovituri/înțepături" (de cuțit sau ac) și care durează câteva secunde. Un asemenea atac dureros se poate repeta, iar durerea nu radiază în afară. Anamneza trebuie condusă astfel încât, pe baza ei, deja să se poată stabili un diagnostic. Cercetarea nu evidențiază nici o anormalitate fizică. Suferințele funcționale pentru care durerea are un caracter trecător în termeni de ore sau chiar zile sunt

Scanned with OKEN Scanner

foarte greu de deosebit de un infarct (amenințător). Localizarea este difuză, dar este centrată pe partea stângă a pieptului. Adesea, un astfel de tip de durere este rezultatul unei perioade de muncă foarte obositoare și emoțională. Pacientul devine el însuși conștient de durere când se odihnește după-amiaza pe un scaun sau când se întinde în pat. La investigare se poate găsi mai ales o senzație ușoară de presiune în jumătatea stângă a pieptului. Mai există și o formă a cărui bază constă din hiperestezia jumătății stângi a pieptului.

Aceste tablouri trebuie deosebite în primul rând de infarctul de inimă, ceea ce, în acest cadru, revine la un diagnostic diferențial. Important este faptul că tipul de durere în cazul infarctului de inimă este adesea de cu totul altă natură: mai decisivă și presantă, ca și cum s-a pus o piatră pe piept. Această durere este localizată mai ales retrosternal, timp în care apar radieri spre brațul stâng (dar chiar și cel drept), gât și mandibulă. La un infarct al peretelui dorsal, durerea se poate localiza și în zona superioară a stomacului. Pacientul este adesea anxios și neliniștit (deși tot astfel se întâmplă și la durere funcțională în piept). O analiză ulterioară relevă că astfel de semne prevesteau un infarct de inimă amenințător.

Este important să se diferențieze suferințele funcționale de un infarct de inimă amenințător pentru viață. Wellens[13] face deosebirea între cele trei feluri în care un infarct de inimă periculos se poate manifesta:

a Apariția unei angine pectorale la un pacient care nu a avut niciodată suferințe angioase. O astfel de suferință apare spontan și durează între un sfert și o jumătate de oră. Nu sunt deci (încă) prezente semne clinice, electrocardiografice sau biochimice. Acest tablou se potrivește și la o angină pectorală progresivă la efort. Caracteristic pentru ambele forme este faptul că în câteva zile sau săptămâni suferința crește luând o formă gravă.

b Angina pectorală devine cea mai gravă la un pacient care a avut deja, pe o durată lungă, o angină pectorală stabilă. Agravarea apare mai ales de o manieră bruscă. Durerea se manifestă deplin și mai intens decât înainte, este mai grea, durează mai mult și reacționează mai puțin la nitrați decât înainte.

c Reapariția suferinței anginoase la un pacient care a avut un infarct de inimă, și care după aceea, a suferit mult timp de dureri.

Diagnosticul de „infarct de inimă periculos" se poate stabili de fapt numai pe baza unei anamneze. Este de mare importanță să se cunoască aceste tablouri spre care diagnosticul va fi direcționat, mai ales dacă pacientul face parte dintr-un grup de risc ridicat la infarct de inimă (hipercolesteromie, diabet zaharat, adipozitate, hipertensiune, lipsă de mișcare fizică, fumat abuziv și cazuri de infarct de inimă în familie).

Van der Does și Lubsen[14] au efectuat o cercetare asupra semnificației semnelor și simptomelor prevestitoare de infarct de inimă. Ei au alcătuit un fel de scală numerică cu ajutorul căreia să poată depista elementele premergătoare.

Examenul corporal poate evidenția, mai mult sau mai puțin, semnele unui infarct de inimă pentru că numai uneori acestea apar într-o măsură palpabilă (schimbarea calității pulsului, tahicardie, puls neregulat, scăderea tensiunii

Scanned with OKEN Scanner

sanguine, semne de șoc și mai rar, pericardită). Ultimativ, este indicată o investigare cardiologică lărgită, inclusiv cea a sângelui. Dacă există un dubiu, pacientul trebuie tratat de la început ca și cum acesta ar avea un infarct de inimă. Atunci când se constată că nu acesta a fost cazul, continuarea aceluiași tratament nu mai este indicată. Prin investigațiile și controalele de lungă durată, se poate induce ușor unui pacient ideea că el este „pacient de inimă". Vom reveni, în acest paragraf, asupra tratamentului sindroamelor funcționale.

De mare importanță este ca medicul de familie să fie la curent cu faptul dacă pacientul este supus unui risc ridicat. Anamneza care relevă o familie cu predispoziții (la boală) este unul din factori; fumatul, lipsa mișcării fizice, hipercolesteromia și proporția ridicată de trigliceride în sânge sunt alți factori.

Dar mai sunt și alte afecțiuni care trebuie deosebite de durerea funcțională în piept. Cele mai frecvente sunt următoarele:

a Angina pectorală. Aceasta apare la efort fizic. Caracteristică acesteia este starea de mai bine după administrarea sublinguală a nitroglicerinei.

b Sindromul lui Tietze: pericondrită aseptică a cartilagiului coastei. Cauza acesteia este des o (micro)traumă. Este evidentă senzația de presiune, inflamarea cartilagiului uneia, sau mai multor coaste. Suferințele pot persista foarte lung timp (luni, ani). Sindromul lui Tietze este ușor și nu necesită nici un tratament.

c Sindromul de flexura colonului. Despre aceasta se va vorbi mai mult în paragraful următor.

d Afecțiuni în partea superioară a abdomenului, mai ales a stomacului și bilei care, prin intermediul unui mecanism de reflex viscero-visceral, pot da dureri în regiunea inimii.

e Spondiloz-artroza vertebrelor toracice poate câteodată cauza durere în piept (sub forma unei neuralgii intercostale).

f Herpes zoster în regiunea toracică poate aduce cu sine dureri puternice. O dată apărut pe piele, diagnosticul nu mai este dificil. Durerea se poate instala cu 7–10 zile înaintea exploziei pe piele.

Boli nefrecvente ca procesele intratoracice și boli ale peretelui pieptului trebuie, natural, excluse. Din această categorie mai fac parte: pericardita, metastază în coaste, boala lui Kahler, tumoarea canceroasă pe esofag și cardiacă.

Sincopa vaso-vagă

Medicul de familie poate fi solicitat pentru un pacient care „a leșinat". Mai ales persoanele vaso-labile au o mai mare predispoziție la leșin. „Leșinul" apare mai ales sub influența emoțiilor (chiar de la o vizită la medic), a unei alarme, dar și la stat mult în picioare (militari), arșiță, soare prea mult, efort fizic prea mare, mai ales în timpul gravidiei și la persoanele tinere, deși se poate manifesta la toate vârstele, în principiu.

Cauza acestuia o constituie o spină iritativă care duce la o scădere a presiunii sângelui, asociată cu irigarea sanguină a creierului, ceea ce duce direct la o sincopă. Semne premergătoare sunt: paloarea, șuvoi de transpirație,

Scanned with OKEN Scanner

vinețeală în jurul ochilor, greață (senzație de vomă), eventual vomismente, și adesea tahicardie de scurtă durată. La sincopă, presiunea sângelui poate ajuge la 60/30, iar frecvența pulsului la cca 40/minut; inspirația rămâne normală. Dacă pacientul este întins (pe jos), i se dezleagă legăturile, eventual i se ridică puțin picioarele și se previne aspirarea de salivă și vomă prin ridicarea capului, starea de inconștiență durează rareori mai mult de câteva minute. O hipoxie cerebrală periculoasă poate apărea dacă pacientul nu este întins la orizontală (stă pe scaunul unui dentist, stă prins între alții, continuă să stea în picioare în ciuda leșinului). Un asemenea atac trebuie deosebit, în ultimă instanță, de pierderea cunoștinței ca urmare a unei leziuni cerebrale, a unui infarct de inimă, a unei hemoragii interne, intoxicații etc.

La un atac vaso-vagal pot apărea și convulsii; diferențierea acestora de o epilepsie este deci necesară.

SINDROAME GASTRO-INTESTINALE FUNCȚIONALE

Abdomenul superior pare să fie adesea sursa sindroamelor și suferințelor funcționale. Este importantă diferențierea variatelor sindroame unele față de altele, și diferențierea lor de eventuale afecțiuni organice.

Senzația de nod în gât

Suferindul se plânge că are o senzație ca și cum ar avea în gât „o înghițitură de măr care nu vrea să alunece". Aceasta poate antrena senzația de strangulare, sufocare. „Înghițitura care nu alunecă" ar sta pe locul glandei tiroide, dar și deasupra sau dedesubtul acesteia. Mai înainte, sindromul de nod în gât era considerat un simptom sigur de isterie; a devenit însă clar că o asemenea corelare nu există: toți am cunoscut senzația de „nod în gât" la emoții puternice. Dar ea este și o vomă cronică ce poate dura mult.

O adevărată problemă de înghițire de fapt nu apare, procesul de înghițire este netulburat. Dacă acesta este totuși tulburat, atunci trebuie ca afecțiuni ale esofagului să fie excluse. De asemenea răgușirea nu poate apărea: aceste simptome constituie dovezi ale prezenței unei afecțiuni organice (de exemplu, tumoare canceroasă pe laringe sau hipertiroidie).

Suferințe funcționale de stomac

Simptomatologia suferințelor funcționale de stomac se poate asemăna foarte mult cu cea a unui ulcer ventricular, ulcer duodenal, tumoare canceroasă la stomac și gastrită. Atât la ulcerul duodenal cât și la suferințe funcționale de stomac poate fi vorba de balonarea abdomenului superior, durerea stă în relație cu plinătatea stomacului, poftă slabă de mâncare, arsuri, nesuportarea anumitor grăsimi. Interdependența atât de caracteristică ulcerului duodenal, dintre alimentare și durere, este, în cazul suferințelor funcționale de stomac, numai vagă. Durerile nocturne și pyrosis apar, în astfel de cazuri, rareori. Nu se poate enunța decisiv că nesuportarea anumitor

Scanned with OKEN Scanner

alimente este specifică suferințelor funcționale de stomac. Cu toate aceste semne depistate, diferențierea este adesea foarte dificilă.

Din SNBPPMC[15] rezultă că incidența ulcerului duodenal și ventricular este la 10 000 de 17,6, în timp ce tulburări ale funcției stomacului, de 48,6 la 10 000. Dintr-o cercetare pe 15 000 de pacienți de stomac din Mayoclinics, reiese că numai 20% dintre acești pacienți s-au dovedit a avea un ulcer, o tumoare canceroasă sau o altă anormalitate vizibilă; la patru din cinci pacienți nu este deci vorba de o cauză somatică a suferințelor lor. Diagnosticul de „suferință funcțională de stomac" abia dacă se poate formula prin excludere. Dacă medicul de familie este confruntat cu un pacient cu suferințe de stomac, cercetarea somatică va fi necesară, cu atât mai mult cu cât acestea persistă în timp.

Cercetarea fecalelor dacă conțin sânge și un röntgen al stomacului și duodenului oferă suficientă certitudine pentru diagnosticare, în majoritatea cazurilor; o anamneză bine luată este însă întotdeauna de o însemnătate esențială. Majoor[16] a descris un număr de șase pacienți la care ulcerul nu a fost relevat nici de analiza röntgen, dar anamneza a fost cea care a stabilit diagnosticul. La persoanele vârstnice, diagnosticul de „tulburări funcționale de stomac" nu trebuie niciodată formulat, ci trebuie să se țină cont de o evoluție neobservabilă atipică de început a unei tumori canceroase. Nu rareori se stabilește diagnosticul de „gastrită". Diferențierea dintre această boală și suferințele funcționale de stomac nu este prea mult ajutată de analize röntgen sau gastroscopice.

Dischinezia biliară

Este important de știut că tulburarea funcțională a căilor digestive poate apărea tot astfel ca și colicile biliare. Analizele röntgen ale ficatului și căilor digestive nu relevă nici o anormalitate. O colecistecomie nu are, în acest caz, un efect favorabil. Cauza dischineziei se află în supraexcitarea vagă care duce la o crampă a sfincterului lui Oddi și la ridicarea presiunii în bilă. Această stare poate fi provocată de emoții. Apar însă și dischinezii secundare prin intermediul unui reflex viscero-visceral: la o colică a rinichilor, bila poate reacționa cu spasme. Anamneza singură nu poate da, aici, un rezultat decisiv; trebuie eliminate, prin investigare corporală, teste röntgen și de laborator și sondaj de duoden, pietrele, tumorile, inflamațiile. Diagnosticul de dischinezie se stabilește numai dacă s-au exclus cauzele organice colaterale ale durerilor și colicilor biliare, ceea ce necesită efectuarea de investigații de specialitate. Frecvența acestora este relativ scăzută.

Colon spastic (colon iritabil, colitis mucosa).

Aceasta afecțiune este foarte des întâlnită în practică și este una din principalele cauze ale durerilor abdominale. Dintr-o cercetare[17] reiese că în Olanda la 1 000 de pacienți, pe o perioadă de trei luni, incidența este de 4,0, iar prevalența de 6,1. Reiese de asemenea că această afecțiune este de 2,5 ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Se pot distinge la acestea două feluri de durere: a o durere difuză, supărătoare, regională, care adesea este locali-

Scanned with OKEN Scanner

zată în întregul abdomen, dar mai ales în epigastru sau stânga-jos; b durere puternică de natură colică ce poate dura minute sau ore, în general este mai puțin puternică decât la colicii căilor urinare sau digestive. Ambele forme de durere pot sta în legătură cu luarea mesei: durerea apare după una sau câteva ore de la masă. Mai există și o relație cu postura: durerea apare dacă pacientul stă, ore la rând, în aceeași poziție, la birou sau la volan. Zdruncinăturile (mersul pe bicicletă pe drumuri cu gropi) sau oftatul adânc pot înrăutăți durerea. Adesea pacienții se plâng că, pe parcursul zilei, burta se balonează, iar hainele strâmte măresc durerea.

Există și o constipare spastică într-o serie de cazuri: defecarea este dificilă, iar fecalele, tari și puține, sub formă de căcăreze închise la culoare. Uneori, fecalele tari sunt urmate de unele mai subțiri. La unii pacienți, constipația alternează cu diareea (constipația paradoxală care poate fi cauzată de procese organice cum ar fi tumorile maligne), sau elimină numai fecale de consistență nenormală. Defecația poate fi deosebit de dureroasă numai dacă cantitatea eliminată este foarte mică.

La o consfătuire recentă[18], s-au formulat următoarele caracteristici ale colonului spastic:

Tabelul 12–3.
Criterii diagnostice pentru colonul spastic [Irritable bowel syndrom (IBS)]

- Durere în abdomen care scade prin defecare, sau care evoluează dependent de schimbarea în frecvență sau de schimbarea consistenței fecalelor.
- Un tip neregulat de defecare, în cel puțin 25% din cazuri, care se asociază cu cel puțin trei din următoarele caracteristici:
- frecvență schimbătoare a defecării;
- consistență schimbătoare a fecalelor (dur, moale, apos);
- ieșirea schimbătoare a fecalelor: cu crampe, senzația de eliberare insuficientă;
- mucozități în sau pe lângă fecale;
- senzația de balonare a abdomenului.

Colonul spastic se asociază cu insomnia, oboseala, durerea de cap, scăzută sau lipsa poftei de mâncare, greață vagă. Examenul corporal arată durere la palpat pe tot parcursul colonului, dar mai ales în regiunea cecală, epigastru sau în partea caudală a colonului descendent; aceasta din urmă se simte dură la palpat. La ascultare, se aud borborisme normale sau mai puternice.

Spasmele de colon sunt defavorabil influențate de anumite alimente cum sunt cafeaua, mirodeniile, grăsimile și grăsimile prăjite, băuturi acide (zeamă de varză). Și răceala poate cauza spasme ale colonului. Spasmele de colon pot apărea și la copii, dar, normal, ele se manifestă abia la pubertate.

Sindromul de flexură de colon. O formă mai deosebită de colon spastic este sindromul de flexură a colonului. Acesta este cauzat de supradensitatea

Scanned with OKEN Scanner

gazelor intestinale în colon, în jurul flexurii lienalis și, într-o mai mică măsură, din jurul flexurii hepatice. Tensiunea dintre intestinul gros și bulele de gaz poate fi atât de mare, încât presiunea să se manifeste și la organele din jur. Uneori, durerea se transmite până la piept, dar se poate determina un tablou clinic al bilei sau efectelor asupra esofagului. La cercetare, se găsește palpare dureroasă sub curbura coastelor, la palpare percutorie, se poate uneori depista prezența concentrării de bule gazoase. Eliberarea unei mari cantități de gaze din intestinul gros aduce ușurare.

Tablourile descrise mai sus nu sunt de natură gravă. Ele trebuie totuși cu precizie deosebite de spasmele de colon care apar secundar la afecțiuni organice. Astfel, se vor deosebi două categorii: **a** afecțiuni care sunt plasate în colon; cele mai frecvente sunt procesele infecțioase ca diverticulii, poliposis coli și afecțiuni maligne; **b** procese de boală aflate în abdomen și colon; o boală biliară, pietre la bilă sau ulcer duodenal pot cauza spasme ale colonului.

Mai ales la spasme ale colonului care apar la vârste mai înaintate, se cade să ne centrăm pe qui-vive și, în ultimă instanță, pe întrebarea dacă sunt prezente anormalități fizice.

Aerofagie.

Pacientul are obiceiul de a înghiți aer și de a-l elimina apoi prin salve de eructații (râgâituri); aerul poate merge mai departe la canalul intestinal, ceea ce duce la balonare, meteorism și eliminarea de gaze (nemirositoare). Presiunea aerului ingerat poate cauza suferințe de genul sindromului de flexură de colon. Aerofagia poate fi cauzată de factori emoționali și apare în cazuri de ulcer, gastrită sau boli biliare.

DURERE ÎN ABDOMENUL INFERIOR

Nu numai abdomenul superior este locul unor sindroame funcționale, ci și cel inferior, mai ales la femei. Pot apărea dureri vagi, neclare în care nu se poate recunoaște nici un sindrom; probabil că spasme ale sigmoidului debitează acolo regulat. Un sindrom funcțional mai clar descris este cel numit *durere a (oaselor) bazinului.*

Kloosterman[19] informează, în lecția lui clinică pe acest subiect, un număr de douăzeci de denumiri pe care, în decursul anilor, acest sindrom le-a purtat, și care oglindesc concepțiile cercetătorilor asupra etiologiei acestei boli: uter iritabil (Gooch), „parametrită posterioară" (Schultze), „marea nevralgie pelviană" (Jaboulay), „sindrom cervical" și „neurodistonie pelviană" (Schockart). Suferințele vizează uterul, țesutul de legătură al oaselor bazinului, suprairigarea cu sânge a organelor, afecțiuni vegetative ale sistemului nervos, sau anormalități ale peretelui abdominal, dar nici una din aceste explicații nu poate fi dovedită. Rezultate în acest sens pot fi oferite și de extirparea uterului sau tăierea plexului presacral. Asemenea intervenții au loc adesea ca măsură ultimă sau ca urmare a insuficientei cunoașteri a acestui, mai rar, sindrom. Acesta poate duce pe drept cuvânt la intervenție dacă este neglijat.

Scanned with OKEN Scanner

Există deci durere în abdomenul inferior, care este localizată la stânga și dreapta suprainghinal. Ea radiază adesea în jur, mai ales în sus, spre organele genitale externe sau/și dorsal, până la articulațiile sacro-iliace via creasta iliacă, și pot fi de natură colică. Atacul dureros poate dura câteva minute, dar după aceea femeia poate suferi zile întregi de o durere surdă în abdomenul inferior.

Uneori, acest început cu aspect colic nu este atât de depistabil de anamneză. Nu rareori, pacienta se plânge de o scurgere albă: micțiunea este frecventă ca la cistită. Durerea apare uneori la începutul unui coitus. Femeia se plânge de dureri la coitus adânc, care se asociază cu insomnie, oboseală și nervozitate. Touché-ul vaginal este dureros.

Pe o astfel de bază, se formulează des diagnosticul de „anexită" sau „endometrioză" (endometrită). Aceasta cu atât mai mult cu cât se găsește un miom (polip); nu rareori se diagnostichează „sarcină extrauterină". La o cercetare precisă reiese că durerea nu este localizată la organele din bazin, ci în peretele abdominal, ceea ce, după Kloosterman, se poate constata la palpare bimanuală cu precauții (palparea unimanuală este deci insuficientă). Investigarea trebuie completată cu o hartă a cervixului, teste ale sângelui (numărul leucocitelor, viteza de sedimentare) și ale urinei, prin care nu numai că se exclud afecțiuni ale cervixului, infecții ale bilei, salpinx și altele asemenea, dar se elimină din calcul afecțiunile neginecologice (apendicită, afecțiuni ale rectului sau hemoragii ale peretelui abdominal).

Sindromul de bazin dureros se poate confunda cu durerea la ovulație. La aceasta, durerea este mai unilateral localizată, în timp ce durerea uterului care se mută de la un loc la altul este mai puternică. De asemenea, este dificil de deosebit sindromul de bazin dureros de colonul spastic. Dacă ne gândim mai bine, la femeie există o mai mare concentrare pe organele genitale, așa cum este frica de graviditate sau cancer al cervix-ului, sau probleme sexuale.

Ca și în cazul pacienților care se tem de un infarct de inimă pentru că acesta a avut loc în mediul apropiat, tot astfel, o afecțiune malignă a organelor genitale suferită de o prietenă sau vecină poate induce teama de ea la o pacientă cu sindrom de bazin dureros.

Mai pot fi și sentimente de vinovăție cu privire la masturbare sau un coitus contra voinței care să rezulte în teama de o boală ginecologică, venerică. Nu de puține ori, o restabilire rapidă are loc dacă se explică natura adevărată a suferințelor ei. Cu toate acestea, durerea poate persista, dar aceasta este mai acceptată de suferindă și nu mai duce atât de des la solicitarea ajutorului medical.

Nu toți sunt convinși de caracterul pur funcțional al complexului de simptome. Se face totuși simțită prezența unui fundament organic de importanță generală sau colaterală scăzută. Aceasta este o problemă academică înainte de a fi una practică: problema este deci, care este explicarea corectă a acestui tablou simptomatic; este necesar ca pacientul(a) să fie liniștit, și să nu fie trimis(ă), în baza acestui complex de simptome, la o operație sau supus(ă) la tratamente inadecvate.

Scanned with OKEN Scanner

SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE

În încheiere, se va vorbi despre o serie de suferințe dependente de tulburări ale respirației. Ca și în cazul sindromului de durere la oasele bazinului, și aici sunt mai multe denumiri (ceea ce dovedește că sindromul nu este întotdeauna bine identificat și este interpretat diferit); „sindromul (de) hiperventilație" (Lewis), „tetanie respiratorie" (Rossier), „nevroza de recif mediu" (Jamin), „sindrom cardio-respirator" (Delius), „tulburare respiratorie funcțională, „dispnee psihogenă"„ și „sindrom de efort". Fondul sindromului este – așa cum spune și numele – o creștere a inspirației fără ca organismul să aibă nevoie de (mai mult) oxigen. Astfel, nivelul CO_2 din sânge scade, ceea ce are ca urmare o alcaloză. Aceasta duce la tulburări atât neurovasculare și neuromusculare, cât și centrale. Hiperventilația apare din cauze emoționale ca anxietatea bruscă, dar și din cauza unei stări de extenuare, febră etc. În caz de hiperventilație, trebuie căutate deci cauze somatice. Unele persoane sunt predispuse la aceasta.

Hiperventilația, care se manifestă foarte des, poate lua forme diferite. Christian[20] deosebește:

a hiperventilația cu oftare adâncă: între inspirări regulate, accentuarea acesteia mai adâncă, din când în când;

b hiperpnee liniștită: ritmul respirației este regulat, dar accelerat;

c hiperpnee agitată: inspirarea accelerată este neregulată;

d inspirare „oprită/întreruptă": inspirare impusă, foarte regulată.

Aceste tulburări de respirație nu se constată adesea cu claritate prin anamneză dacă ele sunt necunoscute pacientului (acesta este adesea inconștient de manifestarea lor).

O mare problemă a identificării sindromului de hiperventilație este relația neclară dintre acesta și respirația nenormală. Dacă un pacient se plânge de probleme respiratorii, atunci este știut că ele apar la sindromul de hiperventilație (în contrast cu dispneea cardiacă sau pulmonară), iar dacă nu este o expirare prelungită (în contrast cu astma bronșică). Pacientul are senzația că nu mai poate respira (în continuare); el are adesea un loc pe osul pieptului de la care respirația „nu merge mai departe". Suflul (respirare de ușurare) nu aduce nici o ușurare. Se instalează o senzație de nevoie de aer, de noduri înlănțuite în piept; se poate instala durere în regiunea inimii. Alte suferințe, ca cele următoare, stau pe fundal.

a Durere de cap, o senzație puternică sau chiar slabă în cap, amețeală, senzația de mare oboseală.

b Tremurături de amplitudini alternative, mai ales ale uneia sau mai multor extremități: și ca spasme: reflexul lui Chvostek poate deci fi pozitiv. Cauza acestora este o diminuare a ionizării calciului datorată alcalozei.

c Tulburări vaso-motorii periferice ca urmare a frigului, și uneori, extremități livide.

d Uneori, este o combinație cu aerofagia și nodul în gât.

f Foarte adesea, stări de anxietate: suferinzii de acest sindrom sunt adesea foarte tensionați.

Scanned with OKEN Scanner

Este de înțeles faptul că, prin necunoașterea sindromului de tulburare a respirației, acesta este adesea neglijat. Un mijloc ajutător pentru diagnostic este provocarea lui. Pacientul este lăsat să hiperventileze pentru cca 3 minute: suferințele pot deveni astfel vizibile. Dacă pacientul este pus să respire într-o pungă, hiperventilația este cupată. Acesta se dovedește a fi și un mijloc terapeutic; legătura dintre suferințe și hiperventilație devine mai clară.

Trebuie să se realizeze că triada durere de cap, amețeală, oboseală poate fi o explicare și a sindromului de hiperventilație.

DIFERENȚIEREA CU PRIVIRE LA UNELE TABLOURI DE BOALĂ PSIHIATRICE

Acest capitol este în întregime consacrat laitmotivului diferențierii dintre tulburările funcționale și tablourile somatice de boală. Mai sunt însă și tablouri de boală psihiatrice de care tulburările funcționale trebuie diferențiate. Aceasta nu este numai de importanță teoretică, ci și cu consecințe terapeutice. Ne vom ocupa de un număr de două tablouri de boală care sunt mai frecvente în practica medicului de familie, și care adesea sunt greșit interpretate prin prezența unui tip, patron funcțional al suferințelor.

Sindromul hiperestezic-emoțional.

Acest sindrom este una din reactiile exogene tipice ale lui Bonhoeffer. El poate fi condiționat de foarte multe boli, dar el apare mai ales la afecțiuni care duc cu certitudine la extenuare; chiar și la copii poate apărea. El se constată cel mai frecvent la femeia care naște; dar se mai constată și după trecerea unei boli deplin consumate de pacient, și poate avea forma unei stări gripale, unei hepatite infecțioase sau a altor boli infecțioase. Sindromul se manifestă mai curând după o operație grea sau traumă craniană. Rümke[21] consideră că el poate apărea la anemie perniciosă și diabet zaharat.

Tabloul bolii constă dintr-o suprasensibilitate de exprimare, colorată atât pozitiv, cât și negativ. Pacientul lăcrimează, plânge repede și este impresionabil, mișcat de ce li se întâmplă altora. Muzica, o carte, un peisaj îl pot mișca adânc. El este suprasensibil și la aspecte exprimate fizic: pacientul nu suportă lumina cenușie, iar o ușă bușită poate trezi o reacție puternică. El este ușor iritabil, de pildă de copii, ceea ce duce des la conflicte acasă, în căsnicie, și la locul de muncă. Este vorba de o putere scăzută, din punct de vedere psihic, de suportare, tracțiune, iar capacitatea de concentrare este diminuată; activitatea se integrează, se leagă greu. Somnul este mai ales tulburat; adesea apar confuzii halucinatorii la căderea în somn; apare manifestarea de „déjà-vu". Toate sunt manifestări care pot apărea la oricine este sub mare oboseală. Uneori este prezentă, după Rümke, „Schwerbesinnlichkeit". De obicei, tabloul este categorisit ca „muncă peste măsură" (vezi nota 2). Tabloul bolii apare și la copii: ei sunt iritați, excitați și dorm prost; părinții înnebunesc unori purtând noaptea copilul în brațe. Prin contrast cu tratamentul pentru tulburările funcționale, pentru suferinzii de sindromul hiperestetic-emoțional, trebuie să se prescrie foarte multă liniște; uneori, chiar odihna la pat este

Scanned with OKEN Scanner

necesară. Din punct de vedere spiritual, pacientul nu trebuie să devină o povară; este de preferat să i se facă plăcerile, cu plăcere. Uneori, roborantia poate fi de folos. Pentru restabilire trebuie acordat timp cu generozitate; în general este nevoie de o perioadă de șase săptămâni.

Depresia psihică.

Gradele cele mai grave de depresie sunt întotdeauna ușor de identificat de către medic, cele mai puțin grave, care apar mai frecvent, sunt însă adesea greșit recunoscute. Rümke descrie depresia ca fiind sub o presiune fără ca să se știe ce anume ne presează; ceea ce știm este că avem senzația de surzire, de inhibare a activității, inhibate ne sunt și gândurile; nu mai găsim cuvintele care în mod obișnuit ne stăteau la dispoziție; ne simțim obosiți. Lumea nu ne mai vorbește, muzica pe care o auzim nu ne mai interesează, lectura nu ne mai poate mira. Toate apar plictisitoare. Ne simțim „închiși" și nu putem să spargem închiderea. La cel normal, toate acestea nu persistă mult timp; pe parcursul zilei, senzațiile se precizează. [...] Atunci când suntem depresivi în sens normal, remarcăm că timpul trăit este schimbat; acesta pare să se scurgă mai lent. Numai când se ia cota stării de spirit și se constată că pacientul se simte după-amiezile mai bine decât diminețile, se poate considera o ușoară depresie. Această considerare se poate formula dacă medicul îl cunoaște pe pacient de mult. Se poate constata o anumită periodicitate a suferințelor, cu pauze intermediare de luni sau chiar ani. Acestea pot fi și de natură corporală (dureri abdominale, în piept etc.). Ea apare adesea în mod obișnuit. Dacă un pacient solicită periodic ajutorul, existența unei depresii trebuie luată întotdeauna în considerare. O depresie nu este întotdeauna de recunoscut de prima dată, ci abia după repetarea suferințelor. Medicul de familie poate aprecia dintr-o privire dacă este vorba de o depresie fie și numai prin a observa că pacientul este ceva mai tragic sau mai instabil. Pacientul nu trebuie forțat, împins până la a-și smulge părul din rădăcină ca Von Münchhausen. Faptul că fiecare cere pacientului depresiv să „se împotrivească acesteia", sau „să se țină tare" poate avea efectul invers. Un sentiment de ușurare, de eliberare poate fi adus dacă i se spune pacientului că el singur nu se poate elibera și că nu este vinovat de această situație, iar medicul îl ajută tratându-l cu medicamente (în combinație cu sfaturi și măsuri de luat și/sau terapie conversațională). Medicul trebuie să aibă în vedere posibilitatea de suicid.

URMĂRIRE ȘI TRATAMENT

Dat fiind faptul că tocmai urmărirea tulburărilor funcționale este atât de importantă și exemplară pentru o mare parte a ajutorului acordat de medicul familie, ne vom concentra, în cele ce urmează, asupra acestuia. Mai mult ca oricând, acum se cere o abordare integrală în care aspectele fizice, spirituale și sociale sunt privite cu atenție în relația lor reciprocă. Dacă acest lucru nu este efectuat, atunci vor apărea variate posibilități de rătăcire:

Scanned with OKEN Scanner

a medicul poate promova sau provoca o fixare somatică prin concentrarea continuă pe aspectele corporale, prin investigații repetate prin trimiteri la specialist și altele asemenea;

b prin faptul că la un pacient este cu mult prea obișnuită plângerea la medic, acesta poate neglija simptome și boli pe care astfel le lasă să se dezvolte mai departe;

c pacientul intră în rolul de pacient care aduce cu sine multe dezavantaje pentru pacient, medic și societate.

Umărirea acestor pacienți trebuie să beneficieze de o bună cunoaștere a naturii suferințelor lor. Alături de aceasta, trebuie acordată atenție eventualelor situații stresante care stau pe fondul tulburărilor, în timp ce combaterea simptomului ține de tratament. „Achiziționarea cunoașterii" pare mai ușoară decât este în realitate; cea mai mare problemă este aceea că medicul de familie nu trebuie să creadă de la început cu certitudine că ar fi vorba de o tulburare funcțională. Aceasta va interveni numai cu trecerea timpului, adesea după o foarte fundamentată cercetare și nu rareori, după ce pacientul a avut deja unele tulburări funcționale. Tocmai la pacienții cu tulburări funcționale va găsi medicul de familie dureri ale încheieturilor bazinului. Pentru aceasta se cere o integrare a cunoașterii sale, perspectivă și pricepere, în timp ce atitudinea lui față de pacient și atitudinea față de viață în general sunt de o însemnătate fundamentală. Punctul final este, din toate timpurile, ca medicul de familie să ia în serios pe pacient și să-l accepte în mod intrinsec. Dacă lipsește această acceptare, atunci nu mai este de așteptat ca convorbirea cu pacientul, și deci nici asistența acestuia să decurgă cu eficacitate.

Convorbirea cu pacientul

Pentru a reduce la minimum posibilitatea de a porni pe un drum greșit, medicului de familie i se cere mai întâi ca, împreună cu pacientul, să ajungă la o clarificare a conținutului solicitării. Aceasta este de o mare importanță pentru fiecare contact dintre pacient și medicul de familie, dar atunci când este vorba de tulburări funcționale, importanța acesteia este și mai mare. Clarificarea suferințelor rămâne tot o primă cerință. Dacă se folosește mai din timp „abordarea crater", se mărește șansa de a integra mai multe aspecte și de a rezerva atenție semnificației situațiilor și evenimentelor, ceea ce face ca să se observe mai repede dacă este vorba de o eventuală trăire a unui stres.

Chiar dacă, în ultima instanță, reiese că este vorba de o boală somatică, această abordare rămâne un avantaj.

Medicul de familie poate, foarte probabil, să depisteze mai ușor caracterul funcțional al simptomelor și suferințelor dacă acestea privesc sindroamele descrise mai sus. De asemenea, el va putea să nu confunde o tulburare funcțională simptomatică de una esențială. Medicul de familie se află în circumstanța de a ști, din contactele trecute și din contactele cu membrii familiei, care este fundalul și partea personală a vieții pacientului. El însă se apără contra tentației de a crede prea repede că știe suferințele pacientului în baza relației cu acesta.

Scanned with OKEN Scanner

O preocupare profesională poate stânjeni munca medicului: el va fi înclinat să plaseze suferințele pacientului în propriul sistem noțional. Această înclinație, pe care o cunoaște fiecare persoană care acordă asistență nu poate fi suficient compensată de posibilitatea pacientului de a-și prezenta suferințele prin felul propriu de exprimare și de a se face ascultat fără prejudecăți. De fapt, aceste informații date de pacient trebuie completate de o serie de date pe care pacientul nu le oferă spontan, dar care sunt necesare pentru adâncirea cunoașterii. Pe de o parte, anamneza trebuie deci să dea pacientului posibilitatea de a se exprima liber, pe de altă parte, aceasta trebuie să fie structurată și direcționată. Este extrem de important ca medicul să caute semnificația din spatele cuvintelor bazându-se pe mimică și motrică, pe elementele non-verbale ale convorbirii cu pacientul.

Pentru viitorul tratament al suferindului de o tulburare funcțională, este de o însemnătate fundamentale ca medicul să lase deschisă, de la primul contact cu pacientul, posibilitatea intervenției unor factori psihologici, chiar dacă cercetarea se orientează de la început către cauze somatice. Se reduce astfel posibilitatea ca, mai târziu, pacientul să facă un „salt mortal". Medicul de familie nu trebuie nici să se gândească de la început că ar fi o boală somatică, nici, dacă aceasta nu este diagnosticată, să spună că „este psihică". O asemenea gândire *sau-sau* este funestă și pentru pacient și pentru medic. Acordarea de ajutor reclamă gândirea *și-și* fie că aceasta privește acum sau nu o afecțiune somatică, una funcțională sau una psihică.

Pe parcursul procesului de acordare a ajutorului, accentul se schimbă. Lucrul acesta reiese din figura 12–1.

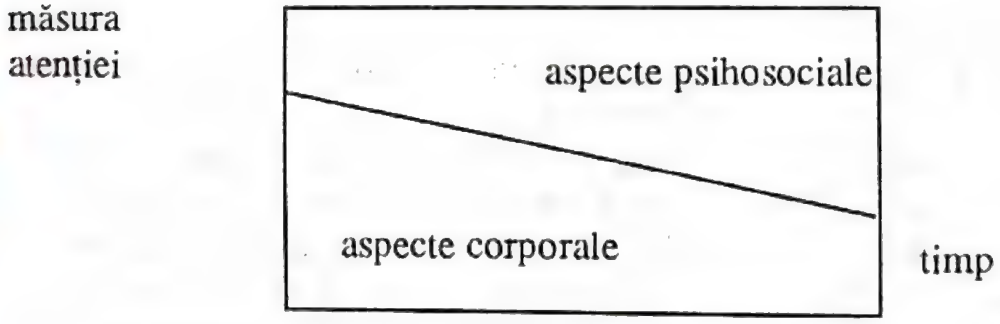


Figura 12–1

Dacă într-adevăr este prezentă o tulburare funcțională, atunci aspectele psihosociale trebuie să beneficieze de mai multă atenție, dar, în ciuda acestora, nu trebuie diminuată prea mult atenția pentru aspectele corporale ale suferinței. Realitatea este că abordarea integrală este mereu necesară.

Investigarea corporală

Mai ales atunci când se presupune că este o formă gravă de tulburare funcțională, pacientul trebuie supus unei investigații corporale adecvate și analizelor de laborator.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru o serie de cazuri, investigarea de către un specialist nu trebuie să lipsească. Pentru acești pacienți, este însă obligatoriu ca o trimitere la specialist să nu aibă niciodată caracterul de „arătat drumul". În funcție de natura suferinței, se va aprecia ce fel de cercetare este necesară. Pentru o suferință centrată pe organ, o cercetare direcționată va fi suficientă. Mai dificil devine atunci când suferința nu poate fi localizată pe unul din organe; se cere atunci efectuarea de investigații generale. În funcție de cât de vagi sunt suferințele, cercetarea se lărgește. Este în general bine ca investigarea socotită ca necesară să fie îndeplinită cât mai repede: este, mai precis, de o însemnătate esențială ca pacientul să fie informat asupra rezultatelor. Pentru aceasta, este important ca medicul să folosească un sistem noțional, de semnificații care poate fi înțeles de către pacient. Nu trebuie niciodată spus: „Nu aveți nimic", pentru că atunci se merge la o semnificație a bolii în care boala este identică cu a avea anormalități somatice vizibile.

Pacientul poate întreba în mod legitim care este cauza durerii lui. Atunci trebuie să i se explice că emoțiile, oboseala și altele asemenea pot exercita o influență asupra enervării și irigării cu sânge a organelor, ceea ce poate provoca apariția de tulburări funcționale. Uneori, explicația poate fi mai clară prin folosirea de comparații ilustrative: legătura dintre emoții și nodul în gât, îmbujorarea sau creșterea micției. Chiar termenul de tulburare funcțională îl poate face pe pacient să se gândească la faptul că suferă de o boală somatică. Este deci bine ca, încă din prima convorbire cu pacientul, acestuia să i se pună întrebări cu privire la posibilitatea unui stres psihosocial, la care medicul să se întoarcă mai ușor după cercetarea corporală.

Diagnosticarea și terapia sunt, în acest fel, strâns corelate; efectuarea diagnosticării poate avea deja un efect terapeutic pe care să se bazeze rediagnosticarea.

Cooperarea cu specialistul

Trimiterea la specialist constituie una din probleme. Este important ca specialistul și medicul de familie să cerceteze temeinic pacientul, dar ei nu trebuie să repete această cercetare din nesiguranță (în afară de cazurile când aceasta este indicată), pentru că astfel, gândirea lor (și cea a pacientului) se orientează prea mult spre „calea somatică". O investigare îndelungată de specialite îl face pe pacient oricum să ajungă la concepția că ar suferi de o boală somatică. Acest proces nu mai poate fi ținut în frâu atunci când se fac trimiteri la specialist. Cel mai bine este ca pacientul să fie trimis la specialist împreună cu un set de întrebări bine precizate, iar acestuia să i se ceară să trimită apoi pacientul înapoi la medicul de familie. Aceasta presupune o comunicare bună și o încredere reciprocă între medicul de familie și specialist. Structura actuală a serviciilor medicale nu promovează o astfel de manieră de lucru. Ca urmare, un mare număr de pacienți care nu ar trebui trimiși la specialist se „opresc" totuși la al doilea eșalon al serviciilor medicale.

Atenția

Dacă un pacient a fost informat asupra existenței sau inexistenței unei anormalități somatice, atunci trebuie să i se dea acestuia posibilitatea uneia sau

Scanned with OKEN Scanner

mai multor consultații. Esențial în acest sens este existența unei atmosfere de încredere între pacient și medic, la care să nu se adopte o abordare de genul unor directive. Aceasta costă timp pe medicul de familie, dar, dacă el este calificat în conducerea convorbirii, timpul este consumat cu folos. Medicul de familie trebuie să cunoască bine granițele asistenței în care este competent; dacă pacientul se dovedește a fi puternic nevrotic, ajutorul unui psihiatru va fi necesar; atunci când accentul cade mai mult asupra problemelor de relaționare și stresul este atât de mare încât o schimbarea a situației stresante se impune, trebuie solicitat ajutorul unui asistent social. Dat fiind faptul că, în cazul tulburărilor funcționale, intervin atât factori somatici cât și psihosociali, tocmai această categorie de pacienți formează partea centrală a asistenței acordate de medicul de familie. Suferințele lor sunt „presate" între medicina somatică și cea psihosocială, iar pacienții se află între două alternative: nu sunt nici de competența unui specialist clinic (în afara unor eventuale ratiuni de diagnosticare), nici de cea a psihiatrului (afară de cazul când pacientul are simptome nevrotice evidente).

Pentru un mare număr de cazuri este benefică o convorbire de informare în care pacientului i se oferă șansa de a se exprima. Aceasta poate duce la o liniștire a pacientului; el poate fi ajutat să înțeleagă și să accepte suferințele și semnele de boală. Numai într-un număr mic de cazuri este necesară o asistență de lungă durată, iar aceasta depinde, între altele, de capacitatea, interesul și timpul pe care medicul de familie le-a avut pentru acordarea de către el însuși a ajutorului sau pentru implicarea asistentului social. Scopul ultim al acordării de ajutor nu este acela de a face pe pacient să se adapteze situației în care se află indiferent de cost, ci de a-l învăța cum să aibă el singur de a face cu problemele lui. Într-o serie de cazuri, este necesară schimbarea situației generatoare de stres. Tratamentul trebuie întotdeauna să țină seama atât de insuportabilitatea situației cât și de suportabilitatea pacientului. Aici se află rolul important al asistentului social. Schimbarea muncii sau locului muncii poate constitui o soluție într-o serie de cazuri, dar trebuie să se recunoască faptul că partea evidentă a stresului provine din structura societății. O parte a oamenilor „traduc" această stare disconfortantă, nefavorabilă a lucrurilor în semne de boală. Alții recurg la a se manifesta prin „comportament neadecvat", criminalitate, recurgerea la droguri și alcool, în resemnare și retragere, pe când alți se vor dedica unor activități creative, sau umanitare.

Medicul trebuie să știe că la temelia acestor forme de stres stau norme sociale și politice. Sarcina lui nu este aceea de a îndrepta adaptarea pacientului la greșelile sociale: el trebuie să realizeze că o parte a suferințelor psihosociale sunt pe nedrept cauzate de societate[22], iar datoria lui va consta, cel puțin, în a-și ajuta pacienții să opună rezistență acestora. O serie de medici vor trage concluzia că problemele sociale constatate de ei vor trebuie cel puțin semnalate de către ei. Numai o parte limitată a acestora se vor gândi mai departe la consecințe politice. Aceia care nu procedează astfel nu realizează de fapt că neutralitatea politică conține și luarea de poziție politică. Aceasta nu înseamnă totuși că fiecare medic de familie trebuie să „se implice în politică", ci faptul că el trebuie să fie conștient de implicațiile politice ale suferințelor pacienților săi și să le discute cu pacienții în cadrul acordării asistenței medicale.

Scanned with OKEN Scanner

Regulile de viață

Deseori este folositor ca pacientul să fie sfătuit să adopte unele reguli de viață prin care să se instaleze o proporție între muncă și odihnă. Uneori, este suficientă mișcarea fizică. Medicul de familie trebuie să acorde atenție odihnei de noapte. Pacientul trebuie, de preferință, să meargă la pat fără somnifer, și este important ca dormitorul să fie liniștitor, nici prea cald, nici prea rece, nu prea multă lumină, iar patul să fie plăcut. Uneori, o plimbare înaintea somnului și un duș sau o baie scurtă ajută. Dacă persistă totuși insomnia, atunci se încearcă, pe perioadă scurtă, un somnifer. Dacă insomnia se datorează unei neliniști psihice, atunci se poate prescrie, pentru un oarecare timp, un sedativ. Este însă mai bine dacă pacientul învață să-și odihnească corpul și spiritul. Pentru aceasta, exerciții simple sunt uneori de folos. Unii pacienți recurg la exerciții de relaxare sub îndrumare, ca exercițiile yoga și altele asemenea. Prin prescrierea de odihnă nu trebuie să se înțeleagă neapărat odihna la pat (în afara perioadelor scurte când pacientul este fizic supraobosit); este mai bine ca pacientul să se bucure de un somn de noapte bun și regulat.

Reducerea muncii nu va fi indicată decât dacă există o supraobosire a organismului sau dacă stresul conținut în muncă nu poate fi soluționat. Perioada de reducere sau întrerupere a muncii trebuie bine stabilită, iar motivele acesteia trebuie explicate pacientului. Dacă acest motiv rezidă în situația de muncă generatoare de stres, în căutarea de soluții trebuie să fie implicați și alții (de pildă asistentul social al întreprinderii sau medicul de întreprindere).

Suportul medicamentos al tratamentului

Pentru o serie de cazuri care, ultimativ, abia dacă sunt de natură simptomatică, este folositor ca tratamentul să fie susținut medicamentos, pentru perioade scurte. Motivul pentru care se prescriu medicamente trebuie explicat pacientului pentru ca acesta să nu ajungă la concluzia că „ceva este totuși cu mine". Dacă pe fundalul semnelor de boală există o nervozitate, se va prescrie un sedativ. Contra tulburărilor funcționale ale canalului digestiv care se asociază cu spasme este bine să se prescrie antispasmolitice.

ÎNCHEIERE

Acest capitol s-a ocupat cu tulburările funcționale. Au fost oferite, în acest sens, o serie de tablouri de boală. În următoarele două capitole ne vom ocupa de durerea dorsală inferioară și de durerea de cap ca suferințe. Acestea sunt foarte adesea de natură funcțională. Pentru a aborda aceste două suferințe este bine să se arate ce fel de amestec are loc între factorii organici, constituționali și psihici; de aceea, fiecăreia din suferințe li se va consacra un capitol aparte.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 12

NOTA 1. TEORII EXPLICATIVE

Există numeroase teorii care încearcă să explice tulburările psihosomatice sau funcționale. Von Uexküll s-a axat pe acestea în manualul său.[23]

Alături de teoriile care sunt bazate pe conceptul de stres, mai sunt teorii care au la origine teoriile psihanalitice sau fenomenologice. Ar lua prea mult timp discutarea lor, dar câteva cuvinde se vor spune totuși.

Teoriile bazate pe psihanaliză

a Școala monistică a lui Groddeck: un simptom fizic are întotdeauna o semnificație psihologică inconștientă. Boala este deci un simbol, o exacerbare a „Esenței (lemnului)" din care, o parte, este adusă în expresia pe care limba nu o poate exprima. Spre deosebire de Freud, Groddeck nu separă deloc corporalul de psihic (monism). El aplică conceptul freudian de conversie la bolile corporale.

b Alexander s-a concentrat pe conceptul de specificitate psiho-dinamică. El a făcut o deosebire între psihoneuroză și neuroza vegetativă. Pentru prima numită, activitățile motorii sunt substituite de cele psihice, realitatea de fantezie. La neurozele vegetative, din contră, activitățile orientate către în afară rămân neexprimate, iar tensiunea emoțională nemanifestată cauzează schimbări vegetative cronice. Așa este, de pildă, ridicarea tensiunii sângelui o expresie a unei mânii reținute. Apar deci tulburări dacă individul nu reușește să găsească forme de exprimare – chiar dacă nu deja nevrotice – ale emoțiilor și necesităților. Componenta fiziologică este deci o „pregătire" vegetativă: există un mecanism-de-luptă-zbor. Dacă lupta și zborul nu reușesc să apară, atunci corpul rămâne instanța în care emoțiile și necesitățile se extind.

c Max Schur a creat teoria de- și resomatizării[24]. Conform acestei teorii, formarea de reacții corporale inconștiente ale *eu*-ului la, de pildă, amenințare, se înlocuiește prin procese cerebrale conștiente. Pe durata procesului deci, reacțiile vegetative stau pe fundal. Activitățile devin substituite de gânduri. Scopul acesteia este luarea sub control a excitării cu un minimum de energie folosibilă (economia echilibrului). Ca urmare a acestui proces de coacere, *eu*-ul oamenilor sănătoși dezvoltă posibilitatea de a reacționa la conflicte interne sau externe, sau libertatea de a dispune de energia psihică existentă. Aceasta înseamnă mai mult spațiu și elasticitate decât în cazul animalului acționând somatic neimportant, slab. Omul învață să aibă de a face cu anumite primejdii prin planificare, prin reținerea impulsurilor de patimă etc. Această libertate de a dispune de energia existentă se poate cu greu deosebi în cadrul unei homeostaze din primii ani ai copilăriei, care este dependentă de *îngrijirea* din partea mediului (a mamei, de pildă). Acest proces este ireversibil în anumite circumstanțe: resomatizarea. Aceasta poate avea loc dacă un pericol din afară sau din interior nu mai poate fi controlat prin dispunerea liberă și neutralizantă de energie. Astfel, poate apărea anxietatea care duce la

Scanned with OKEN Scanner

regresie, și anume la elemente premergătoare ale proceselor de gândire, sentimentelor, senzațiilor, patimilor și activităților de rezistență. Această regresie duce la ceea ce Schur a numit o *activitate-de-organ*.

d Contrar acestora sunt teorii ca cea a lui Erikson, care vede cauza suferințelor psihosomatice tocmai în procesul de desomatizare. Suferințele apar dacă *eul* nu a învățat să integreze impulsurile afective și pasionale. Aceasta ar duce la distanțarea de ceilalți și superficialitate afectivă. Din cauza incapacității de a manifesta impulsurile emoționale, acestea ar căuta, nu-i așa, o ieșire somatică.

e Pe granița dintre teoriile psihoanalitice și cele fenomenologice se află teoria comunicațională a lui Ruesch și Bateson[25]. După aceștia, procesul de dezvoltarea a unei tulburări fizice care ia forme simbolice de expresie se găsește în copilărie. Acest proces este tulburat mai ales de tulburările de relaționare din prima copilărie. Copilul continuă să recurgă la exprimarea corporală; suferințele corporale funcționează ca atare.

Abordarea fenomenologică. Prin contrast cu abordarea psihanalitică la care centrală este problematizarea trecută, abordarea fenomenologică se concentrează pe situația *actuală*. La aceasta trebuie să se apeleze pentru înțelegerea suferințelor. Adesea, teoretizarea prea adâncă acționează inhibant (von Weizsächer). Abordarea fenomenologică este deci mai mult o metodă, o modalitate de abordare decât o teorie. Aceasta tratează omul ca o totalitate care ființează în lume (Gestalt). Suferințele psihosomatice, prin această lume, pot fi explicate și nu prin relațiile cauzale dintre corp și spirit.

NOTA 2. A FI SUPRASOLICITAT DE MUNCĂ

A fi suprasolicitat de muncă este un termen des folosit și contradictoriu. Th. B. Kraft vrea, în cartea sa *Supraefortul* (Haarlem, 1972), să se înțeleagă prin acesta ceva cantitativ. Accentul nu cade atât de mult pe problemele emoționale. Este vorba – simplu spus – de faptul că omul trebuie să se odihnească, să evite efortul prea mult dată fiind situația de muncă. Accentul cade mai ales pe relaxarea intelectuală, pe care Kraft o numește „relaxare mentală".

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Oliemans, A. P., *Morbiditatea în practica medicului de familie*, Dizertație, Utrecht, 1969.
2 Folmer, H. R., *Medicul de familie și aisbergul*, Dizertație, Utrecht, 1968.
3 Uexküll, Th. von, *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, München-Viena, Baltimore, 1979.
4 Kuypers, C. A., „Tulburări «psihosomatice» în practici din mediul rural", *Medicul de familie și Știința*, 1960, 9, 42.
5 Shepherd, M., B. Cooper et al., „Boală mentală minoră la Londra", *Practitioner*, 1964, 192, 688.
6 Hodgkin, K., *Către o diagnoză timpurie în Asistența Primară*, Edinburgh-Londra-New York, 1978.
7 Jores, A., *Der Kranke mit psychovegetativen Störungen*, Göttingen, 1973.
8 Pasamanik, B., D. W. Roberts et al., „O investigare a bolii mentale într-o populație urbană", *Am. J. Publ. Health*, 1957, 47, 8, 923.
9 Uexküll, *ibid.*
10 *Cifre ale morbidității din Practica Generală*, Institutul Medicilor de familie din Nijmegen, 1985.
11 Velden, H. J. M. van der, *Femeia casnică, medicul de familie, familia casnică*, Dizertație Nijmegen, 1971.
12 Kuypers, *ibid.*
13 Wellens, H. J. J., „Semne premergătoare infarctului de inimă", *Hartbulletin*, 1972, **3**, 15.
14 Does, E. van der și J. Lubsen, *Infarctul miocardic imanent în studiul din Rotterdam*, Dizertație, Rotterdam, 1978
15 Oliemans, *ibid.*
16 Majoor, C. L. M., „Ulcere greșit cunoscute ale bulbului duodenal și din regiunea pilorus", N. T. v. G., 1973, 117, 1341.
17 Velden, J. van der et al., *Raport de bază asupra morbidității al SNBPPMC, NIVEL*, 1991.
18 Drossman, D. A. et al., *Identificarea subgrupelor de tulburări gastrointestinale funcționale, Gastroenterol. Int.*, 1990, 3, 159–72.
19 Kloosterman, G. J., „Durerea în abdomenul inferior", N. T. v. G., 1963, Anuarul A. 7.
20 Uexküll, *ibid.*
21 Rümke, H, C., *Psychiatrie II*, Amsterdam, 1969.
22 Iemof, W., „Suferințele psihosociale nu există", *Med. Contact*, 1973, 28, 993.
23 Uexküll, *ibid.*
24 Brede, K., *Einführung in die Psychosomatischen Medizin*, 1974.
25 Ruesch, J. și G. Bateson, *Comunicarea, matricea socială a psihiatriei*, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

13 Pacienți cu dureri dorsale inferioare

Durerea dorsală inferioară (bazală de spate) este o suferință întâlnită foarte des de medicul de familie. Una din dificultăți rezidă în aceea că ea poate fi atât de natură funcțională, cât și organică. Nu de puține ori este vorba de o „subconstrucție" somatică a unei „supraconstrucții" funcționale. Este important ca medicul de familie să acorde atenție ambelor aspecte. O a doua problemă este aceea că structurile dorsale sunt relativ complicate și dificil accesibile cercetării, testării. O a treia dificultate constă în aceea că adevăratele cauzele somatice ale durerii dorsale se pot regăsi atât dorsal, cât și în abdomen.

Durerea dorsală are de asemenea importante consecințe sociale. Această suferință este una din cele mai importante baze de selecție pentru pensionarea de boală. Nu de puține ori, aceasta privește oamenii care efectuează munci suprasolicitând coloana vertebrală, ca de pildă, cei din construcții.

Se ridică deci întrebarea ce anume joacă rolul cel mai important în astfel de cazuri: o societate care inactivează membrii ei mai vârstnici, un mod de viață în care suprasolicitarea corporală este mai puțin suportată, o prea unilaterală suprasolicitare corporală sau intervenția stresului?

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Durerea bazală de spate este o suferință foarte frecventă. Din statisticile asupra morbidității nu reiese cu certitudine mare cât de des consultă medicul de familie pacienți cu dureri dorsale. Cauza acestei situații este că, în cele mai multe statistici, sunt înregistrate numai diagnosticele, fără durerile de care pacientul se plânge. Dată fiind multipla cauzalitate a durerii dorsale, aceasta este răspândită în mai multe grupe de diagnostic. Numai Folmer[1] a înregistrat suferințele, plângerile din practica sa din nordul Norvegiei. Astfel, durerile bazale de spate au apărut a fi pe locul patru ca frecvență, după tuse, febră și durere în piept. Durerea „dorsală inferioară" a format 4% din toate suferințele. Astfel de rezultate se regăsesc și în Olanda; un medic de familie se poate aștepta o dată sau de două ori pe zi la un pacient cu dureri dorsale inferioare.

Din prima cercetare asupra morbidității, efectuată în Olanda la Institutul Medicilor de familie Olandezi[2], reiese că un medic de familie primește la tratament, în medie, un pacient nou pe fiecare săptămână, ca urmare a anormalităților coloanei vertebrale. Bărbații prezintă această suferință mai des decât femeile, și cu atât mai des cu cât aceștia sunt între 45 și 64 de ani. La aceștia se adaugă pacienții cu dureri dorsale inferioare ca urmare a anormalităților interne sau ginecologice.

Tabelul 13–1.
Incidența diagnosticelor asociate cu durerea dorsală inferioară, la 1 000 pacienți pe trei luni. (Preluat de la SNBPPMC, 1991)

	sexul			*categorii de vârstă*						
diagnosticul	*total*	*bărb.*	*fem.*	*0–4*	*5–14*	*15–24*	*25–44*	*45–64*	*65–74*	*75*
suferințe dorsale	1,3	1,3	1,3	–	0,3	1,4	1,8	1,6	1,3	1,9
durere dors. inf. fără radiere	0,4	0,3	0,4	–	0,0	0,4	0,5	0,6	0,0	0,1
durere dorsală cu radiere	0,5	0,5	0,4	–	–	0,2	0,8	0,7	0,3	0,4
lombago	6,6	7,7	5,4	–	0,3	5,0	9,5	9,7	6,2	4,6
ischialgie	1,1	1,0	1,1	–	0,0	0,2	1,1	2,3	1,9	1,3
hernia nuclei pulposi	1,3	1,5	1,1	–	0,0	0,6	1,9	2,4	0,9	0,5
spondilitis ankylopoetica	0,1	0,1	0,1	–	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	–
TOTAL	11,3	12,4	9,9	–	0,7	7,9	15,7	16,8	10,7	8,8

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 13–2.
Prevalența diagnosticelor care se asociază cu durerea dorsală la 1000 pacienți pe trei luni (Preluat de la SNBPPMC, 1991)

	sexul			*categorii de vârstă*						
diagnosticul	*total*	*bărb.*	*fem.*	*0–4*	*5–14*	*15–24*	*25–44*	*45–64*	*65–74*	*75*
suferințe dorsale	3,7	3,3	4,1	0,2	0,4	2,3	4,6	6,1	5,2	6,6
durere dors.inf. fără radiere	0,6	0,4	0,7	–	0,0	0,4	0,8	1,0	0,2	0,3
durere dorsală cu radiere	0,8	0,9	0,8	–	–	0,4	1,4	1,2	0,9	0,6
lombago	8,8	10,0	7,6	–	0,4	6,0	12,4	14,1	8,6	6,6
ischialgie	1,7	1,4	2,0	–	0,0	0,3	1,6	3,7	3,6	2,3
hernia nuclei pulposi	3,1	3,6	2,7	–	0,0	1,1	4,1	6,1	3,6	2,7
spondilitis ankylopoetica	0,4	0,4	0,3	–	0,1	0,1	0,5	0,5	1,1	0,2
TOTAL	19,1	20,0	18,2	0,2	0,9	10,6	24,8	30,7	23,2	19,2

Din tabelele 13–1 și 13–2 reiese că diagnosticele lombago, ischialgie și hernie de disc sunt de cele mai multe ori formulate. Suferințele dorsale se manifestă mai des la bărbați decât la femei. Aceasta se datorează cu siguranță faptului că aceștia au munci grele, care solicită mult corpul. Vârsta este și ea un factor important: cea mai mare frecvență apare la bărbați de peste 25 de ani, în timp ce suferința crește la cei mai bătrâni. Aceasta este explicabil prin suprasolicitarea corpului prin munci grele.

O mare parte a acestor pacienți sunt tratați de către medicul de familie. La specialist, în ultimă instanță, sunt trimiși 20% dintre aceștia[3].

ETIOLOGIA PLURICAUZALĂ A DURERILOR DORSALE INFERIOARE

Dacă un pacient se adresează medicului cu suferința „dureri dorsale inferioare", aceasta se datorează unei multitudini de factori. Aceasta reclamă o abordare integrală prin care să se ajungă la acești factori. Pentru a realiza o astfel de abordare pentru depistarea multiplă, medicul de familie trebuie să acorde atenție următorilor:

a factori emoționali care pot fi expresia unui stres;

b obiceiuri de viață, mai ales cele care au influență asupra sistemului muscular (muncă, sport);

Scanned with OKEN Scanner

e prezența unor procese de boală atât în structurile dorsei cât și ale abdomenului și în organele aflate retroperitoneal.

Acești factori sunt, în multe cazuri, prezenți împreună. Pentru claritate, aceștia vor fi discutați acum pe rând.

Factorii emoționali

Tensiunile emoționale pot avea o contribuție importantă la apariția durerilor dorsale. Acestea trebuie socotite tulburări funcționale întrucât suspectarea de cauze somatice și funcționale este dificilă tocmai în cazul durerilor dorsale inferioare. Cercetarea lui Dorpat și Holmes[4] este clarificantă în acest cadru. Ei au cercetat 65 de pacienți cu dureri dorsale inferioare la care abia dacă era evidentă o anormalitate obiectivă. S-a efectuat o investigare electromiografică a mușchilor dorsali și membrelor, paralel cu luarea de interviuri psihiatrice; apoi s-a înregistrat resimțirea subiectivă a durerilor pe o scală în zece puncte. Pe măsură ce se menționau elemente emoționale și sentimente de dușmănie și frustrare, apărea că pacienții suferă mai mult de durere, paralel cu o creștere a tonusului muscular dorsal și al membrelor. Autorii au ajuns la concluzia că durerea este cauzată de o ischemie a mușchilor care, la rândul ei, este cauzată de ridicarea anormală a tonusului. Dat fiind faptul că durerea însăși poate duce la ridicarea tensiunii musculare, este de înțeles că avem de a face cu un cerc vicios.

Bierkens[5] arată în acest sens că, în psihologia preștiințifică de toate zilele, postura, poziția dreaptă a corpului a fost pusă în legătură cu starea subiectivă de sănătate, cu stilul de viață și autoevaluarea ca încrederea de sine, accesibilitatea, supunerea, slugărnicia. Poziția corpului pare deci să fie o expresie a felului de a fi și capacității de rezistență. Această concepție se regăsește în multe zicale: cineva „nu are șira spinării", „nu se poate ține pe picioare", „s-a încovoiat sub greutățile vieții", „are spate (lat)". Ca medic, cineva nu trebuie să preia cu totul această concepție conform căreia un pacient cu un spate lipsit de tonus ar avea un caracter leneș sau insuficientă putere spirituală. Acestea constituie un pericol pentru că mulți pacienți cu dureri de mijloc care nu se vindecă constituie de fapt și un appèl la medic. Totuși postura unui pacient poate spune multe despre starea în care se află și sentimentele lui: într-o fază depresivă, omul are o altă postură corporală decât atunci când se simte bine. Biekers citează o serie de cercetări, printre altele cea a lui Condrau, din care rezultă că „extensia spatelui" poate fi expresia unei rezistențe, opoziții la dependență și împotrivire la sexualitate. Mulți alții pun accentul pe caracterul de appèl al durerii dorsale: ea este un semn al unei necesități fizice sau psihice, prin care se cere ajutorul altcuiva, în acest caz, al medicului. Uneori, nu se poate aprecia unde sfârșește „nu-poate-să vrea" și începe „nu-vrea-să-poată".

Întrebarea este dacă o astfel de relație specifică există într-adevăr între anumite conflicte sau probleme și durerea dorsală inferioară. Interesantă în acest sens este cercetarea psihologică efectuată de Biekers asupra a 60 de pacienți cu dureri dorsale inferioare care erau de mult sub tratament. Abia la

Scanned with OKEN Scanner

3 dintre aceștia existau anormalități obiective evidente. La restul se prefigurau următoarele probleme: la 19 pacienți existau dificultăți legate de situația de muncă (sentimente de frustrare, se simțeau pasați, aveau sentimentul de îmbătrânire, tensiuni cu superiorii), la 17 pacienți existau dificultăți mari în căsnicie (certuri, impotență, relații extraconjugale) și 26 de pacienți aveau dificultăți de domeniul independenței în sau în afara căsniciei (de pildă, o mare dependență de cineva). Dacă recapitulăm aceste rezultate reiese că multe din ele se regăsesc și în cazul suferințelor și simptomelor funcționale sau somatice; ele nu sunt deci specifice durerilor dorsale inferioare.

De o însemnătate fundamentală este faptul că stresul se distinge în manifestarea durerii dorsale inferioare, chiar fără să existe indicii de cauze organice. Investigarea corporală relevă forme ale tensiunii musculare; se găsește mai ales o presare dureroasă în partea de jos a coloanei vertebrale lombare.

Factori care se află în sistemul muscular

Durerea poate fi urmarea nu numai a tensiunii locale din sistemul muscular, dar și a atrofiei, insuficienței sistemului muscular. Mușchi dorsali leneși, neantrenați mențin mai puțin bine postura spatelui. Dar și mușchii pieptului și ai abdomenului au o funcție importantă de susținere a coloanei vertebrale. După Morris et al.[6], prin suportul fibulei musculare din jurul coloanei vertebrale, presiunea asupra părții lombare a coloanei este cu 30% mai mică. Mușchi abdominali lacși pot fi urmarea, între altele, a mai multor gravidii, operații pe abdomen și antrenament insuficient (automobil, timp liber pasiv, mecanizarea muncii și munci sedentare) care nu sunt compensate de exerciții fizice de întreținere. A sta jos constituie, pe deasupra, o suprasolicitare (cu 20% mai mult decât a sta în picioare). De asemenea, multe locuri de muncă nu sunt adaptate la dimensiunea corpului: înălțimea multor instalații este încă bazată pe dimensiunile corporale a câtorva generații din urmă, iar mașinile și mesele nu au înălțimea potrivită pentru oricine. Cât de solicitante sunt aceste efecte ale mecanizării și vieții pasive, de origine americană, reiese dintr-o cercetare a lui Pohdorf[7] care a arătat că, în general, condiția fizică a 10 000 de băieți și fete din Anglia, în 1958/1959 era mai bună decât a unui grup comparabil de tineri americani. De atunci, cifrele engleze s-au apropiat de cele americane. Dintr-o cercetare din Austria[8] reiese că între 1952 și 1958 procentajul copiilor care au trecut nesatisfăcător un test fizic era de 9,5 până la 15,2%, ceea ce înseamnă o dublare a cifrei în șase ani. Durerea dorsală inferioară nu este deci cauzată atât de suprasolicitarea multiplă a oamenilor, cât de insuficienta menținere a condiției fizice a omului modern. Este foarte probabil ca creșterea numărului de suferințe dorsale inferioare din ultimii 20 de ani să se datoreze acestui fapt corelat cu creșterea insuficienței tonusului sistemului muscular.

BOLI SOMATICE

Manualele de ortopedie, chirurgie, neurologie, medicină internă și ginecologie descriu un mare număr de tablouri de boală care cauzează dureri dor-

Scanned with OKEN Scanner

sale inferioare. Proporțional, unele din aceste tablouri de boală apar și în practica medicului de familie. În capitolul 8 s-a vobit deja despre influența pe care o are frecvența de apariție a unui tablou de boală asupra formării ipotezelor medicului de familie. Tablourile care apar cel mai frecvent trebuie deci discutate cu prioritate.

Lombago

Aproximativ două treimi din cei care consultă medicul de familie pentru prima oară în legătură cu dureri dorsale (ceea ce privește deci incidența), se referă la o criză de lombago. O treime din totalul prevalenței pentru durerile dorsale inferioare se referă la această boală. Aceasta apare mai ales ca un atac dureros direct legat de o mișcare bruscă, neatentă, mai ales dacă prin aceasta are loc o torsionare a coloanei vertebrale. Puterea mișcării respective joacă un rol indistinct; cauza principală este mișcarea greșită: un junghi poate apărea la ridicarea unei hârtii de jos. Durerea izbucnește la spate, mai ales într-o parte a regiunii lombare. Investigarea stabilește că aplecarea este prima care devine dificilă. Aplecarea spre înainte nu mai este posibilă; omul se mișcă astfel încât să scutească partea dureroasă. Revenirea la verticală este încă și mai dureroasă decât aplecarea. La pacientul care stă în picioare se poate găsi o scolioză reflectorie cu convexarea laturii dinspre partea cu pricina. La palpare, se simte că mușchii din regiunea lombară sunt sub tensiune musculară ridicată. Durerea nu radiază în jur. Nu sunt semne confundabile neurologice. Apariția junghiului este provocată de folosirea neadecvată a mușchilor respectivi, de pildă, o poziție defectuoasă de lucru (masă prea joasă, înălțime incorectă a scaunului etc.). La aceasta, poate predispune și o răceală, ca și supraoboseala care, în sine, poate duce la o inadecvată folosire a mușchilor. Astfel, medicul de familie vede o femeie cu atac de lombago după o curățenie în casă sau o mutare. Dar este posibil ca o cauză adâncă (la propriu și la figurat) să existe: o anormalitate a discului intervertebral, o degenerare de disc, o anormalitate congenitală de coloană vertebrală. Mai ales dacă un lombago recidivează, trebuie căutate astfel de anormalități. Dacă însă un pacient are pentru prima oară semnele descrise mai sus, această diagnoză poate fi formulată, cu excepția cazurilor când nu s-au găsit la anamneză dureri asemănătoare care stau la baza altor procese de boală. Dacă suferința persistă mai mult de câteva săptămâni, trebuie căutate alte cauze.

Terapia este direcționată în sensul restabilirii tensiunii normale a mușchilor prin căldură, calmante, întindere corectă la pat și exerciții adecvate. De o însemnătate esențială este spargerea cercului vicios durere –> tensiune musculară –> durere mai mare –> tensiune musculară mai mare. Poziția scoliotică, reflectorie, care este orientată spre destinderea grupelor de mușchi respective, poate prin sine cauza durere nouă. Suferințele dispar în una două săptămâni, în majoritatea cazurilor.

Durerea lombosacrală cronică. Din restul pacienților care vin la medicul de familie cu suferințe dorsale, majoritatea au în mod repetat durere în partea

Scanned with OKEN Scanner

inferioară a spatelui. Durerea este indicată mai ales pe linia mediană, adesea la nivelul L_4-L_5-S_1. Durerea este adesea puternică, uneori ea este descrisă ca surdă. Uneori, durerea devine mai mare pe parcursul zilei. La cercetare se găsește o durere vagă la apăsare. Aplecarea este mai dificilă, dar se poate face. Uneori, coloana vertebrală lombară se menține țeapănă. O deplasare fiziologică a unei vertebre lombare spre interior nu se simte cu totul la aplecare. Nu sunt evidente nici un fel de anormalități neurologice.

Trebuie să se realizeze că la baza acestor suferințe se află atât cauze organice cât și funcționale. În foarte multe cazuri este însă vorba de o construcție somatică sau de o construcție funcțională; durerea dorsală este deci multicondiționată.

Artroza deformantă

Dacă se efectuează un examen röntgen, se observă numărul semnificativ de mare al cazurilor de *anormalități de natură artrozică* (spondiloză deformantă, spondilartroză). Este de remarcat că, foarte des, abia dacă există o relație între gradul anormalităților găsite prin cercetarea röntgen și gravitatea suferințelor. Nu de puține ori, o artroză deformantă a vertebrelor este găsită accidental la pacienți care nu s-au plâns de dureri dorsale inferioare, în timp ce dureri puternice abia dacă se asociază cu anormalități artrotice minime. Ten Kate[9] informează că fotografiile röntgen Splitthof ale oamenilor sănătoși sunt asemănătoare cu cele ale suferinzilor de dureri dorsale inferioare. Ten Kate numește chiar o cercetare a lui Biström care a examinat 151 de muncitori industriali. A rezultat că 29 dintre aceștia nu aveau *nici o* schimbare a coloanei vertebrale vizibilă pe fotografii röntgen. Dar semnificația schimbărilor artrotice trebuie bine cunoscută; acestea formează numai unul din factorii care duc la apariția suferințelor.

La examenul röntgen se poate constata de multe ori o *presare a interstițiului dintre vertebre*, mai ales între L_4-L_5 și S_1. Beks[10] explică apariția durerii printr-o schimbare a proporției tensionale dintre ligamente și capetele cartilagiilor alăturate. Șira spinării și suprafața cartilagiilor se apropie, ceea ce se asociază cu durere. Pe parcurs, prin apropierea cartilagiilor intervertebrale, se produce o măcinare a părții dorsale. Măcinarea are loc mai mult pe latura din față a discului; aceasta se curbează, lucru pentru care apare o fractură parțială cifotică între vertebre. Atunci suprafețele cartilagiilor pierd din consistență (se moleșesc) și țepii vertebrelor se îndepărtează, ceea ce se asociază cu întinderea ligamentelor. Aceasta din urmă duce la tensiunea reflectorie a mușchilor cu fixarea, între altele, a vertebrelor adiacente. Aceasta poate fi însoțită, într-o serie de cazuri, de constricția unui nerv, dar nu în mod necesar. Este limpede că măcinarea, frecarea dintre discurile vertebrale provoacă durere, deși aceasta poate fi descoperită accidental la pacienți cu dureri dorsale inferioare.

Alte afecțiuni

Mai ales la pacienții vârstnici, examenul röntgen poate pune în evidență semne de *osteoporoză*; este deci vorba de o decalcifiere a scheletului vizibilă pe fotografia röntgen (dacă, 40% din calciul scheletului lipsește). Această

Scanned with OKEN Scanner

decalcifiere poate fi urmarea, între altele, unei deficiențe de calciu și fosfat, o diminuarea a funcției gonadelor, o utilizare îndelungată a corticosteroidelor și o imobilizare îndelungată. Urmarea poate fi o durere supărătoare, surdă la spate; această durere se diminuează la odihnă și crește la stat în picioare mult timp. Osteoporoza poate provoca însă și dureri puternice într-o serie de cazuri; cauza rezidă mai ales în fractura de compresie a unei vertebre (urmare a slăbirii scheletului). În cazurile grave, poate apărea o cifoză a coloanei vertebrale sau scheletul de pește. Nu rareori se găsește o combinație de schimbări atrotice cu osteoporoza.

La cercetarea röntgen se mai poate găsi, surprinzător, *o anomalie congenitală a coloanei vertebrale*, cum ar fi o lombalizare pe jumătate sau integrală a unei vertebre sacrale (S_1 se comportă ca a șasea vertebră lombară), sau o sacralizare pe jumătate sau integrală a unei vertebre lombare (L_5 se comportă ca prima vertebră sacrală).

Mai poate fi vorba de *apariția unei deplasări a unei vertebre* ca în cazul spondilozei (corpul unei vertebre poate aluneca ventral pentru că există un lisis în coloana vertebrală) sau ca în cazul spondilolisteză (vertebra alunecă în întregime ventral). Și în astfel de cazuri poate apărea durere locală surdă cu tensionarea reflectorie a mușchilor și menținerea fixă a vertebrelor adiacente.

Anomalia statică (de exemplu, diferențe în lungimea picioarelor, contractura coapsei sau genunchiului sau picioare subdezvoltate) poate duce la schimbarea poziției oaselor bazinului, și deci la schimbarea întregii posturi (între altele, scolioză). Schimbarea de apăsare care intervine prin aceasta, și schimbarea tensiunii musculare pot duce la dureri dorsale inferioare.

Am văzut că toate aceste anormalități contribuie la a provoaca dureri dorsale inferioare, dar că și alți factori joacă un rol. Faptul că afecțiunile enunțate nu trebuie subestimate reiese dintr-o cercetare a lui Kosiak[11]. El a respins 4103 viitori salariați (candidați) la care a efectuat o fotografie röntgen a coloanei vertebrale lombare. Din cei respinși, 28% au avut una din anormalitățile descrise mai sus; ei au fost respinși de la o muncă fizică foarte grea. Prin această metodă, numărul de zile de concediu medical datorat durerilor dorsale inferioare a fost redus la 3%.

Durere dorsală însoțită de durere vertebrală

Printr-o hernie de disc, dar în principu și prin alte procese care au ca urmarea apăsarea pe una sau mai multe vertebre, poate apărea un tablou de boală care este în general numit „hernie" (vezi Nota 1). Acest tablou de boală formează un procent mic în totalul suferințelor dorsale. Conform SNBPPMC, 5% din incidența totală a durerilor dorsale inferioare este dată de hernia nuceli pulposi. Adesea acestea sunt premerse de lombago sau dureri dorsale inferioare neplăcute.

Semnele constau în durere dorsală inferioară, durere care radiază în picior, mai ales spre zona gluteală, partea abdominală a osului superior, pielea articulației și spre marginea laterală a tălpii (în acord cu a V-a vertebră lombară și I sacrală). Dacă sunt atinse și a III-a și a IV-a vertebră lombară (ceea

Scanned with OKEN Scanner

ce rar este cazul), atunci durerea radiază spre partea anterioară a piciorului superior și genunchi. Ea este deosebit de puternică, intensă și reacționează la orice mărește apăsarea pe vertebră: anumite mișcări, tuse, strănut, apăsare. De asemenea, întinderea vertebrei provoacă durere, iar testul lui Lasègue este pozitiv.

Poate fi prezentă, de asemenea, o intersectare Lasègue. Pot apărea tulburări motorii și în sensibilitate. Puterea se poate diminua. Unori, reflexele laturii dorsale a gleznei sau călcâiului lui Achile se pot diminua sau dispărea. Dacă un tablou clinic este complet, precizarea diagnosticului este rareori dificilă. Atunci când accentul cade însă mai mult pe durerea dorsală, iar durerea vertebrală este mai puțin importantă, diagnosticul poate fi mai dificil. Cercetarea de specialitate, inclusiv fotografii de contrast, este deci de neevitat. Se relevă astfel că durerea dorsală este repetată, iar reacția la tratamentul medicului de familie a fost insuficientă.

În caz de prolaps propriu-zis, tratamentul conservator duce în general la succes; numai în unele cazuri este nevoie de operație, mai cu seamă dacă sunt implicate semne neurologice. Dacă se constată semne de presare pe cauda equina care se manifestă într-o paralizie a bilei sau sfincterului rectal, decizia de operare imediată este o necesitate pentru a preveni extinderea semnelor confundabile.

Mai sunt multe procese care pot provoca durere dorsală inferioară. Vom numi aici numai câteva dintre acelea pe care medicul de familie trebuie să le judece în diagnosticul diferențial, deși acestea sunt relativ rar cauza suferințelor dorsale.

Anormalități traumatice ale coloanei vertebrale, cum ar fi o fractură impresivă a corpului vertebrei sau o fractură a unui proces transversal. O fractură a corpului vertebrei poate avea urmări diferite, de la durerea locală până la semne de leziune transversală. Aproape întotdeauna este vorba de o legătură cu o traumă; uneori este vorba de un accident nedeclarat sau uitat care poate induce în eroare. O fractură a unui schelet osteoporotic este foarte probabilă. Bolile de oase pot și ele duce la o fractură sau la o fractură spontană.

Numeroase boli de oase se pot manifesta chiar în vertebre, între altele:

a Metastaze ale unei tumori canceroase. În funcție de frecvența tumorii primare, se poate evolua către metastaze mai ales ale sânilor, prostatei, și într-o măsură mai mică, a plămânului și cervixului. De cele mai multe ori, tumoarea primară era deja cunoscută, dar în unele cazuri metastaza poate fi prima manifestare clinică. Oricum, trebuie căutată mai întâi tumoarea primară.

b Boala lui Kahler. Și aici se găsesc semne în alte părți ale scheletului, în timp ce diagnosticul se formulează și prin ajutorul electroforezei imunologice (paraproteinimie).

c Tuberculoza vertebrei. Manifestările de tuberculoză din Olanda fac ca riscul de acest fel să nu fie mare, dar importul din alte țări nu trebuie exclus.

d Anormalități sifilitice și numeroase alte boli se cer să fie considerate, în ultimă instanță. Aceasta privește însă o foarte mică fracțiune a suferinzilor de dureri dorsale inferioare.

Scanned with OKEN Scanner

Anormalități reumatice ale coloanei vertebrale. Artrita reumatică apare des și la alte cartilagii decât cele ale coloanei vertebrale. Dacă și coloana vertebrală este atinsă, atunci este vorba mai ales de vertebrele cervicale superioare. La un sfert din cazurile de artrită reumatoidă juvenilă se pot găsi și cazuri de sacro-iliacă[12]. Există de asemenea și o afecțiune reumatică seronegativă a cartilagiilor, care poate duce la dureri dorsale inferioare: spondilita anchilopoetică. Această este o afecțiune erozivă și anchilozantă a cartilagiilor coloanei vertebrale și cartilagiilor sacro-iliace; ea apare mai des la bărbați decât la femei (5:1), și începe deseori între vârsta de 20 și 30 de ani, iar în 10% din cazuri chiar înainte de pubertate. Începutul decurge lent. În 75% din cazuri, suferințele debutează cu dureri dorsale inferioare care radiază spre fese și pulpele picioarelor. Caracteristică este rigiditatea care, dimineața, abia după o jumătate de oră sau chiar câteva ore, trece. Uneori, pacientul este trezit noaptea din somn de durere. Pe parcursul anilor, rigiditatea se întinde spre craniu. La început, consultul relevă o senzație de presiune a cartilagiilor sacro-iliace (cel mai bine de palpat pacientul întins pe burtă), o deplasare diminuată, dar rigidă a unei vertebre spre interior care, la aplecarea spre înainte, nu relevă o cifoză. Torsionarea și aplecarea laterală sunt inhibate. Pe durate mai lungi, pacientul începe să aibă o postură caracteristică: rigiditate, cifoza coloanei vertebrale, pacientul abia dacă se mai poate apleca înainte din șold.

Cartilagiile costovertebrale participă și ele la acest proces, lucru pentru care excursia respirației devine mai mică. Suferințele dorsale inferioare pot persista ani înainte ca ele să devină vizibile pe fotografia röntgen. Viteza de sedimentare/precipitare este moderată până la ridicată. Uneori apar iritis și chiar boli de inimă și circulatorii (rar), colite ulceroase și enterite regionale. Boala se dovedește, în mare măsură, a fi de ordin familial. Tabloul deplin dezvoltat al bolii nu poate fi confundat. Este totuși important de știut că ea rămâne adesea limitată la o sacro-ilitită pe ambele părți sau la dureri musculare inferioare ale dorsei.

Mason[13] raportează că la respingerea candidaților pentru serviciul militar, o spondilită anchilopoetică este descoperită, cam o dată, dar 60% de admiși pot îndeplini serviciul militar. Sacro-ilitita și spondilita apar și la sindromul lui Reiter.

Pentru completitudine, se mai poate numi și *boala lui Scheuermann*, o necroză epifizară a vertebrelor care, în practică, abia dacă se întâlnește o dată. Această afecțiune este familială și apare numai la bărbați. Ea apare la pubertatea târzie și în câțiva ani dă dureri dorsale (de fapt, mai ales toracice, unde procesul este localizat în principal). După 3–5 ani, procesul se stabilizează, iar dovada că un astfel de proces a avut loc este dată de o cifoză toracică, arcuită, ireponibilă. Tabloul este vizibil clar pe röntgen.

Un cuvânt și pentru copiii mici. Durerile dorsale inferioare apar la ei relativ rar, și atunci ele sunt urmarea poziției statice. Dacă însă este implicată o fixare reflectorie a dorsei, atunci se cade ca o cauză somatică să fie căutată, pentru că într-un astfel de caz este vorba de o afecțiune gravă (una malignă sau o infecție).

Scanned with OKEN Scanner

Afecțiuni ginecologice și interne

Cauzele durerilor dorsale inferioare sunt de căutat cel mai des în regiunea dorsală, iar cercetarea este limitată la aceasta. Dar afecțiuni de domeniul ginecologiei sau internelor pot și ele provoca dureri dorsale.

O *reflexie, înclinare a uterului* provoacă uneori durere la nivelul sacral. Dacă este posibilă repunerea manuală a uterului, durerea se reduce prompt. Dacă o astfel de refacere are loc, atunci este posibilă o legătură cu retroversia uterină. Sunt numeroase femei care au o retroversie fără ca aceasta să cauzeze durere de mijloc. Durerile dorsale inferioare și retroversia se pot găsi împreună fără ca între ele să existe o relație cauzală.

Toate *celelalte procese din bazinul mic*, o infecția a anexelor, o tumoare a anexelor sau uterului și mai ales o endometrioză pot duce la dureri dorsale inferioare, ca și sindromul durerii oaselor bazinului, descris în capitolul precedent.

Pe timpul *gravidiei*, pot apărea dureri dorsale inferioare care sunt puse pe seama unei creșteri a înclinării coloanei spre interior. Aceasta poate duce și la insuficiența mușchilor bazinului.

Durerea dorsală care este localizată în zona membrelor poate fi cauzată și de o *afecțiune a rinichilor* (cel mai frecvent, pielită și pietre la rinichi). Durerea (care deci apare la nivelul de sus al dorsalei inferioare) radiază lateral, via uretere, spre abdomenul inferior. La cercetare, se găsește presiune sau durere percutantă la compartimentul rinichilor. Investigațiile ulterioare, mai ales microscopice, ale urinei, trebuie să permită medicului de familie să depisteze afecțiunea. În caz de dubiu, va fi necesară o cercetare prin pielogram intravenos sau urologică. O afecțiune relativ rară este perinefrita care se poate remarca prin durere în compartimentul rinichilor, durere puternică la urinare, durere percutantă și semne de infecție (temperatură, viteză ridicată de sedimentare și schimbări în celulele albe ale sângelui).

Durerea din zona lombară poate fi cauzată de un *colon spastic*. Această durere este, în mod obișnuit, foarte difuză și vagă. Semnele de boală ale colonului stau, foarte probabil, la bază.

Ulcerul ventricular și *ulcerul duodenal* pot aduce dureri dorsale, mai ales dacă sunt localizate pe partea din spate sau se ramifică spre pancreas.

În încheiere, în caz de durere dorsală localizată lombar superior, trebuie considerată o *afecțiune a pancreasului*. Uneori, durerea persistentă îndelung poate fi semnul unui început de tumoare canceroasă a pancreasului. Suferințele de vezică biliară se asociază cu dureri dorsale.

Nu trebuie lăsat uitării *herpes zoster* ca o cauză a durerii. Aceasta poate apărea cu cca 5 zile înainte ca herpesul să se vadă pe pielea din regiunea respectivă. Timpul rezolvă, desigur, puzzel-ul diagnosticării.

URMĂRIREA

Prima întrebare la care medicul de familie trebuie să-și răspundă este dacă pacientul trebuie trimis imediat la specialist sau dacă pacientul va fi tratat chiar de el.

Scanned with OKEN Scanner

O trimitere imediată este necesară dacă se constată semne de presiune pe cauda equina; aceasta reclamă o intervenție neuro-chirurgicală pentru care fiecare oră este importantă. O astfel de decizie se ia pe baza datelor de anamneză: intervenția de specialitate este cert necesară dacă, la durere dorsală inferioară, sfincterul bilei sau rectal nu funcționează. Aceasta este însă o boală foarte rară cu care puțini medici de familie cu practici neîndelungate au fost confruntați. Pentru o serie de cazuri, chiar trimiterea la specialist nu este de prea mare urgență. Investigarea pacientului trebuie, în primul rând, să se axeze pe ideea dacă trimiterea la specialist este necesară. O a doua întrebare privește rămânerea la pat a pacientului. Dacă revedem bolile și afecțiunile descrise mai sus, indicația de a sta la pat se dă dacă prezența vizibilă a semnelor de boală de presiune pe una sau mai multe vertebre este principală (mai ales ca urmare a unei hernii de disc). Șederea la pat va trebui să fie absolută, iar poziția în care pacientul are cele mai puține dureri trebuie căutată. Cauza presiunii pe vertebre trebuie apoi stabilită cu precizie.

Se va vorbi mai întâi, în acest cadru, despre ceea ce conține cercetarea, investigarea pacientului.

Investigarea corporală

Investigarea regiunii dorsale este orientată, mai întâi, spre a exclude afecțiunile care reclamă o trimitere la specialist. Apoi, în al doilea rând, vine întrebarea ce (alte) cauze pot fi ale durerii dorsale și ce fel de terapie trebuie aplicată. Cercetarea unui pacient cu semne indicatoare de lombago, și la care nu este vorba de o recidivă, se poate proceda relativ sumar. Medicul îi cere pacientului să se așeze pe un scaun fără spate și îl observă cum se ridică de pe scaun, și anume dacă mișcarea este foarte dificilă și se evită antrenarea uneia din părți. Se observă apoi dacă aplecarea spre o parte (cea bolnavă) se poate face și mai ales cât de dificilă este ridicarea. Partea lombară a coloanei este ținută fixă. Nu apar semne de presiune pe vertebre; sunt însă dureri de apăsare a mușchilor antrenați, contractați, paravertebrali. Pentru astfel de cazuri, investigarea poate rămâne limitată la examenul de mai sus.

Pentru restul cazurilor, este necesară o cercetare mai amplă, dar și dacă este vorba de un lombago de mai mult de 1–2 săptămâni. Examinarea se efectuează pe pacientul stând în picioare și întins, și nu necesită mai mult de 5–7 minute. Aceasta se desfășoară astfel:

a Se ia aminte bine la felul în care pacientul își face intrarea, avansează, cum se mișcă pe timpul luării anamnezei, la dezbrăcare și îmbrăcare. Merg toate acestea încet sau repede? Pacientul își protejează, scutește spatele, sau nu? Este rigid? Face impresia de bolnav? Este slăbit? Cum îi este starea de spirit, umoarea?

b Pentru cercetarea spatelui, pacientul trebuie dezbrăcat de tot. Medicul nu trebuie să examineze pacientul îmbrăcat cu cămașă sau pantaloni strâmți.

c La examinarea în liniște, meticuloasă, se va urmări cu atenție: Este vorba de o ținută neobișnuită, de relaxare? Sunt ambele picioare la fel soli-

Scanned with OKEN Scanner

citate? Cum este dezvoltat sistemul muscular? Care este forma coloanei vertebrale? Este o poziție scoliotică? Există o londorză fiziologică (înclinare spre interior în zona lombară a coloanei)? Există o cifoză toracică? Este talia respiratorie dintre tors și brațe la fel proporționată la dreapta și stânga? Este linia procesului spinal pur verticală? Stă bazinul pur orizontal? Sunt de observat anormalități ale coapsei sau picioarelor, contracturi, atrofii, cicatrice? Există o convexitate sau concavitate a genunchilor și picioarelor? Există o pilozitate anormală pe spate? Există abdomen lăsat în jos? Sunt cicatrice de operații pe abdomen de văzut?

d La inspectarea mișcărilor se vor observa următoarele: Dacă pacientul se apleacă încet înainte, procesele spinale rămân pe o aceeași linie sau are loc o deviere spre stânga sau dreapta? La aplecare, o eventuală scolioză se corijează sau rămâne la fel? Are loc o întindere a lordozei lombare la aplecare, sau aceasta rămâne fixată? La aplecare, o deplasare lombară constatată spre interior persistă? Se desfac suficient procesele spinozice lombare la aplecare mai adâncă? Aceasta poate fi simțit prin plasarea degetului gros și arătătorului pe vertebrele lombare și astfel să se urmărească excursia mișcării (cuprinderea cu mâna a lui Schober) sau să se măsoare cu ajutorul unui centimetru. Se apleacă pacientul în principal prin flexie din coapsă? Se poate apleca mai departe în latura frontală spre stânga și dreapta? Această examinare poate fi cel mai bine efectuată la pacientul șezând pe un taburet; bazinul este astfel fixat. Tot în această poziție poate fi examinat și torsul, observându-se dacă el este suficient și egal la dreapta și stânga. Pacientul este pus, în picioare, să se aplece diagonal spre spate, la dreapta și stânga, mișcare prin care se detectează locul durerii vertebrale (simptomul lui Kemp).

e Dacă este de presupus un proces sau o fractură, se va cerceta dacă există durere de presiune pe ax, prin punerea pacientului să stea pe vârfurile picioarelor și apoi să cadă pe călcâie, sau prin apăsarea puternică pe cap și umeri.

f Prin intermediul testului lui Trendelenburg se poate urmări dacă există o insuficiența a mușchilor bazinului. În caz de insuficiență a bazinului, jumătatea bazinului de pe latura piciorului vizat se va lăsa în jos în loc să se ridice.

g Apoi, se vor palpa mușchii spatelui în cea mai relaxantă poziție pe care o poate lua pacientul care este întins, și se cercetează dacă există o durere percutantă, ticăitoare la vertebre sau o durere de apăsare a cartilagiilor sacro-iliace.

h La lungirea pe spate a pacientului se cercetează simptomul lui Lagègue: piciorul întins de la genunchi se reflectă în coapsă. Normal, aceasta este posibilă până la cca 90°; în caz de excitare vertebrală, are loc mai devreme o excitare reflectorie: ridicarea, de pildă, nu se poate decât până la 30°. Astfel se poate ca pacientul să indice durere în picior; la simptom, aceasta se petrece însă în același timp cu fixația! Dacă și în celălalt picior este reclamată durerea, atunci se vorbește de un Lasègue încrucișat. Simptomul lui Lasègue trebuie bine diferențiat de eventualele inhibări de flexie ale coapsei.

i Dacă anamneza se orientează către o posibilă hernie de disc sau alt proces la măduvă, atunci se va efectua un examen neurologic sumar: reflexul la

Scanned with OKEN Scanner

genunchi, reflexul la călcâiul lui Achile, reflexul laturii externe a tălpii, cercetarea puterii din picioare, eventual, cercetarea tulburărilor de sensibilitate.

j La sfârșit, are loc o cercetare prin toucheu abdominal, rectal, și la femei, și vaginal.

Depinde de anamneză și de ceea ce se constată la investigarea corporală dacă trebuie să aibă loc, și ce anume investigații complete trebuie să se efectueze. Atunci când suferințele s-au instalat deja de mult timp și când este prezent un proces local, o fractură, o spondilită anchilopoetică sau o anormalitate congenitală, se va efectua un examen röntgen. Ideea este că, în funcție de fotografia röntgen, ele trebuie excluse din calcul dacă nu sunt vizibile. Nu trebuie neglijat și elementul de liniștire a pacientului (și medicului) pe care examenul röntgen îl poate aduce. Cercetarea de rutină trebuie să cuprindă determinarea vitezei de sedimentare a eritrocitelor sângelui și teste ale urinei.

TRATAMENT

În majoritatea cazurilor, cercetarea abia dacă pune în evidență ușoare anormalități: o postură fixată, rigidă a coloanei vertebrale lombare sau durere de presiune a mușchilor paravertebrali. Tratamentul se va începe deci după cum urmează.

a Pentru a sparge cercul vicios durere –> tensiune musculară –> durere, trebuie redusă concentrarea tensiunii din mușchi, cu ajutorul aplicațiilor calde (raze infraroșii, pernă electrică, haine călduroase). Foarte populară este aplicarea de unguente. Acestea provoacă pacientului o senzație locală de căldură care aduce cu sine o îmbunătățire subiectivă. Contra durerii, se poate prescrie un analgetic. Deseori este prescrisă și vitamina B. Efectul acesteia nu este pe deplin clar; probabil că ridică nivelul de sensibilitate la durere. Dacă pacientul este tensional psihic, este util dacă se combină tratamentul de mai sus cu un sedativ. Pentru unele cazuri, administrarea unui mijloc calmant pentru mușchi completează serviciul tratamentului cu un efect favorabil. De mare importanță este ca tratamentul medicamentos să nu fie perpetuat pe zile întregi.

b Medicul dă pacientului unele *sfaturi simple*: gimnastică ușoară de cameră, pe cât posibil să înoate; în general, mișcare corporală suficientă, să nu stea pe un scaun adânc, ci pe unul drept. Dacă pacientul se plânge de durere peste noapte, el este sfătuit să schimbe patul, dacă aceasta ajută. Un pat mai tare și nu prea adâncit este în general mai bun; nu fiecare trebuie să fie întins pe scândură! Pacientul singur trebuie să caute ceea ce-i prieste.

c Pacientul este tratat în funcție de poziția, corectă sau incorectă, de muncă. Pentru o serie de cazuri, este folositor dacă se contactează medicul de întreprindere. Atenția pentru poziția la lucru privește și femeile casnice.

d Conform felului în care se procedează în caz de tratament al tulburărilor funcționale, și pentru durerile dorsale inferioare se va obține informație

Scanned with OKEN Scanner

asupra eventualelor stresuri psihologice, se va merge cu atât mai adânc cu cât prezența anormalităților somatice vizibile este mai mică.

e Cu avizul de încetarea, întreruperea muncii, trebuie să fim reținuți. La junghi acut sau durere puternică, nu ne mai reținem, dar în general trebuie să se lupte ca rămânerea acasă să fie limitată. Trebuie să se discute cu pacientul întreruperea, absența de la lucru.

Dacă durerea este prezentă mai mult de câteva săptămâni, și nu se poate identifica nici o cauză locală sau specifică, o prelungire, adâncire a tratamentului este necesară.

Medicul poate antrena în tratament pe fizioterapeut sau pe specialistul în gimnastică terapeutică, cu rezultate fructuoase (chiar și în faze acute, dar acest fel de terapeuți nu sunt tocmai la dispoziție). Fizioterapeutul poate administra și medicamente pe lângă exerciții, ca terapie caldă, de băi sau masaj. Cel ce execută gimnastică terapeutică îl ajută pe pacient să-și folosească în mod conștient mușchii și să-și corijeze postura. Trebuie acordată atenție și mișcărilor statice: poziția bazinului la scris se poate corija prin ridicarea pantofilor sau tocurilor de la pantofi; dacă pacientul are dureri în picioare, se prescrie încălțăminte bună, eventual proteză de platfus. Nu trebuie subapreciată relația umană dintre pacient și terapeut, în timp ce chiar atingerea, non-verbală, terapeută are un efect în sine.

Se pare că un rol important este jucat de construcția funcțională, lucrul căruia este bine să i se acorde atenție. Modul de viață al pacientului trebuie privit cu lupa; atât din rațiuni somatice cât și psihice, este bine ca pacientul să învețe să știe dacă dă suficientă atenție sportului, distracției active și calității somnului de noapte. Se pare că în practică astfel de sfaturi nu sunt urmate întocmai; omul este prizonierul unui mod de viață de care nu se poate debarasa fără consecințe sociale adânci. Nu de puține ori este vorba de o cantitate de muncă prestată care stă în calea unui mod sănătos de viață. Dacă medicul reușește să-l facă pe pacient să știe de ce este necesară schimbarea modului de viață, atunci medicul a atins o țintă depărtată.

Dacă o eventuală reducere a muncii se prefigurează de mai lungă durată, medicul de familie trebuie să ajungă la un acord cu responsabilul pentru asigurările de sănătate. Ei vor trebui să ajungă la o soluție astfel ca pacientul să evite pe cât posibil situația de incapacitate de muncă.

Pentru o serie de cazuri, este necesară efectuarea unui tratament orientat în mod specific.

Dacă la un pacient se diagnostichează, pe baza anamnezei, a investigației corporale, care pune în evidență semne de presare a vertebrelor, și eventual pe baza examenului röntgen complet, o hernia nuceli pulposi, atunci se cade prescrisă întinderea la pat. Prin cura de stat la pat se țintește ridicarea presiunii de pe vertebre, astfel ca durerile să scadă. Într-o mare parte a cazurilor, durerile se reduc pe parcursul a 2 până la 5 săptămâni, astfel încât pacientul poate fi iar apt să se întoarcă la lucru. Solicitarea ajutorului unui terapeut de mișcare poate avea un efect foarte bun, mai ales dacă pacientul este pus la

Scanned with OKEN Scanner

exerciții la pat. Numai dacă, în ciuda tratamentului, suferințele persistă, dacă recidivează în mod repetat, dar mai ales dacă există semne neurologice confundabile, trebuie să se ia în considerare un tratament operativ. Pentru stabilirea precisă a acestuia, pacientul va fi trimis la neurolog.

În caz de osteoporoză sau de risc de dezvoltare a acesteia, se va alege terapia direcționată diferențial. Dacă inactivitatea se află pe fondul afecțiunii, se va prescrie mărirea activității corporale, dacă este posibil. Procesele specifice sau traumatice care provoacă dureri dorsale inferioare trebuie, în orice caz, tratate conform unor tratamente adaptate. Trimiterea la specialist devine astfel, în general vorbind, necesară.

Trimiterea la specialist

O dată ce trimiterea devine iminentă, pentru pacient este important să fie trimis la specialistul potrivit. Fiecare specialitate are propriile ei metode de cercetare și terapie, și cauza durerii dorsale inferioare trebuie să poată fi depistabilă, dacă specialitatea este bine aleasă. Dar granițe precise între specialități nu se pot trage. Suferinzii de dureri dorsale inferioare cauzate de un proces local (afecțiune malignă, infecție, boala lui Kahler) sau o fractură trebuie trimiși cu siguranță la internist, dacă ei nu sunt deja în tratamentul unui internist pentru bolile cauzale! Pentru suferințe care privesc evoluția unei hernii de disc sau dacă, în general vorbind, este vorba de afecțiuni ale măduvei spinării sau nervilor periferici, trimiterea de ultimă instanță este la neurolog. În cazul prezenței unor anormalități statice, ca anormalități congenitale ale coloanei vertebrale sau semne de alunecare a vertebrelor, pacientul este trimis la un chirurg ortoped. Afecțiunile de natură reumatică, și în mod special boala lui Bechterew, fac necesară trimiterea la un reumatolog chiar din stadiul de început. Dacă durerea dorsală inferioară este cauzată urologic, ginecologic sau intern, trimiterea la specialiștii respectivi este necesară de multe ori.

Cooperarea dintre medicul de familie și specialist trebuie să fie benefică pentru pacient. Stabilirea unui consult la specialist poate dura săptămâni sau chiar luni. Amânarea prea mult a trimiterii și tratamentului poate provoca întreruperea îndelungată a lucrului. Medicul de familie trebuie, pe cât posibil, să vadă dacă trimiterea a avut efectul scontat.

Dacă factorii psihologici joacă un rol important – mai ales când aceștia se regăsesc la locul de muncă – riscul de întrerupere a muncii ca urmare a trimiterii la specialist devine foarte mare. Uneori este bine dacă sunt conectați medicul de întreprindere, asistentul social de întreprindere sau un asistent social general. Oricum, trebuie să se lupte, prin comunicarea cu cei ce acordă ajutor, pentru o optimă „unitate a tratamentului", ceea ce vrea să spună, evitarea avizelor contradictorii sau deranjării reciproce a celor ce acordă ajutorul. Noi am informat deja că 20% din suferinzii de dureri dorsale inferioare sunt trimiși la specialist. Nu este improbabil ca o parte a acestora să fi fost trimisă pentru „suport moral" și nu în baza unei indicații precise. Acest lucru privește mai ales pacienți care suferă de mult timp de dureri. Tocmai cu privire la acești pacienți – ceea ce se referă și la suferinzii de tulburări funcționale – are

Scanned with OKEN Scanner

medicul de familie o datorie importantă de îndeplinit. El trebuie să se ridice împotriva unei evoluții a consecințelor sociale care, pe de o parte, provoacă în mare măsură aceste suferințe și, pe de altă parte, trebuie să acorde pacienților de aceste suferințe un loc adecvat. De asemenea, medicul de familie trebuie să acționeze în direcția întăririi pacientului contra stresului, și în cazul suferinzilor de dureri dorsale inferioare.

În încheiere, merită menționat că la pacienții cu dureri dorsale inferioare, procesul de somatizare, de fixare somatică, apare de foarte multe ori.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 13

NOTA 1. TIPURI DE DURERI DORSALE

Este necesar ca diferitele tipuri de dureri dorsale să se deosebească între ele.

Durerea locală. Durerea este reclamată în regiunea lombo-sacrală, uneori, localizată la mijloc, alteori, lateral. Deseori, localizarea nu este indicată cu precizie, durerea este difuză. Ambele localizări pot apărea în același timp, are un caracter supărător, este mai mult sau mai puțin permanentă, și se poate diminua la adoparea unei anumite poziții. Durerea poate însă avea și un caracter acut și atunci este mai ales laterală. Efectuarea oricărei mișcări provoacă dureri violente.

Durerea radiantă. Durerea din regiunea dorsală se răspândește, de cele mai multe ori spre zona gluteală, partea dorsală a picioarelor, la mușchiul pulpei, până la laba piciorului; uneori durerea radiază și la partea din față a picioarelor. Durerea are un caracter difuz în majoritatea cazurilor, este de natură surdă și permanentă. Prin adoptarea unei poziții „convenabile", durerea se reduce. La un număr limitat de pacienți se găsește o durere puternic radiantă, precisă, care se agravează la aplecare, tuse, strănut sau presare. Aceste dureri de vertebre apar brusc, mai ales la efectuarea unei mișcări. Există și alte forme de dureri care radiază în jur, care își au originea mai ales în abdomen, iar de acolo diverg către spate.

Medicul întâlnește în practică pacienți cu dureri locale sau radiale, care, ambele pot fi fie acute și violente, lente și surde. Este bine de știut că următoarele țesuturi de nervi de durere sunt prevăzute: periost, annulus fibrosus, syovia și mușchi.

Prima sarcină a medicului de familie este aceea de a depista cauza durerilor dorsale. Lucrul acesta nu este întotdeauna ușor, și datorită faptului că structura dorsei este dificil accesibilă, prin construcția anatomică, investigației corporale. Medicul se va ajuta de anamneză, cercetarea *funcționării* dorsei, eventual de examene neurologice, röntgen, de laborator, pentru cântărirea posibilităților de diagnosticare. O problemă importantă de diagnosticare a durerii locale este faptul că una din cauzele primare ale durerii dorsale inferioare poate rezida în mușchi, dar durerea din mușchi poate apărea secundar, ca urmare a unei alte anormalități. Dacă, de pildă, durerea se manifestă la cartilagiile vertebrale, atunci mușchii înconjurători se vor antrena reciproc reflectoriu cu scopul de a imobiliza cartilagiile respective. Aceste contracturi de lungă durată ale mușchilor cauzează în sine durere, printre altele, prin tracția la periost. Durerea musculară poate apărea și prin folosirea greșită a acestora sau la răceală. Pentru a se putea ajunge la astfel de concluzii, trebuie să se vadă în ce măsură, în spatele durerii dorsale provocate de contracția musculară, se/nu se află un proces de boală. La investigarea corporală a unui suferind de durere dorsală, se pot găsi adesea părți ale bolii erector trunci local contractate și dureroase la apăsare. Atunci, medicul trebuie să caute cauze subsidiare reciproce înainte de a se trage concluzia că aici este vorba de o abia existentă, slabă durere musculară.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Folmer, H. R., *Medicul de familie și aisbergul*, Dizertație, Utrecht, 1968.

2 Velden, J. van der et al., *Raport de bază al morbidității din practica medicului de familie. SNBPPMC, NIVEL*, Utrecht, 1991.

3 Es, J. C. van și H. R. Pijlman, „Trimiterile pacienților cu asigurări medicale minime, în 122 de practici olandeze ale medicilor de familie", *Medicul de familie și Știința*, 1970, 13, 433.

4 Dorpat, Th. L. și Th. H. Holmes, „Originea durerii dorsale a tendiunii musculare", W. G. Kroger, *Obstetrica, ginecologia și endocrinologia psihosomatică*, Springfield, 1962.

5 Bierkens, P. B., „Aspecte psihologice la pacienții cu dureri dorsale inferioare", *N. T. v. G.*, 1967, 111, 1637.

6 Kate, J. H. ten, „Abordarea zilnică a pacientului cu dureri dorsale inferioare", *N. T. v. G.*, 1967, 111, 1630.

7 Pohndorf, R. H. și W. R. Campbell, *Condiția fizică a copiilor britanici și americani*, Conf. on health and fitness in the modern world, Inst. of Normal Human Anatomy, Univ. din Roma, 1960.

8 Kraus, H., W. Nagler, et al., „Rolul exercițiului în prevenirea bolii", *G. P.*, 1959, 20, 3.

9 Kate, ten, *ibid.*

10 Beks, J. W. F., „Aspectele neurologice ale durerilor dorsale inferioare", *Medicul și asigurările sociale*, 1969, 7, 46.

11 Beks, *ibid.*

12 Cats, A., „Afecțiuni reumatice ale regiunii dorsale", *N. T. v. G.*, 1967, 111, 1634.

13 Mason, M. și H. L. F. Currey, *Reumatologia clinică*, Leiden, 1973.

14 Vezi de asemenea, Lodewick, L., *Investigarea corporală. Un atlas pentru practica generală*, Utrecht, 1978.

Scanned with OKEN Scanner

14 Pacienți cu dureri de cap

Ca și durerea dorsală inferioară, durerea de cap este o suferință frecventă. Aceasta este o suferință contra căreia se aplică și automedicația. Durerea de cap are un caracter negrav în majoritatea cazurilor. Cele mai des întâlnite sunt durerea de cap de efort și cea vasculară. Durerea de cap provocată de efort apare la supunerea la un efort mare a mușchilor cefei. Aceasta poate fi cauzată de o poziție, postură defectuoasă, de o viață tensionată sau de stres. Durerea de cap vasculară este cauzată mai ales de bolile febrile, dar alături de acestea mai sunt numeroase alte cauze ca anemia, intoxicațiile de natură endogenă sau exogenă ș.a.m.d.

Durerea de cap mai poate apărea și în legătură cu organele capului: migrena și durerea de cap postraumatică ca urmare a unor anormalități de domeniul ORL (nas-gât-urechi) sau olftalmologic, sau a unor boli de domeniul anormalităților neurologice periferice.

Durerea de cap este una din suferințele la care este cert caracterul complementar al medicinii medicului de familie și a celei a specialistului. Relativ rar, durerea de cap este cauzată de mari boli neurologice sau interne. Arta este de a le recunoaște pe acestea la timp.

Alături de acestea, se află ideea că durerea de cap este adesea o suferință deosebit de deranjantă, care poate deveni stânjenitoare pentru muncă, odihnă etc. Durerea de cap poate suscita neliniște la pacient și poate conduce – cum s-a mai spus – la automedicație.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Fiecare cunoaște durerea de cap din propria experiență. Mai mult chiar decât în cazul durerii dorsale inferioare, în acest caz este dificil să se găsească date cu privire la frecvența ei. Mai întâi, aceasta se datorează faptului că durerea de cap este înregistrată, de statisticile de morbiditate, împreună, în spatele unor diagnostice dintre cele mai diferite. Durerea de cap poate fi cauzată – și astfel va rămâne – de cauze extrem de diferite. Dintr-o cercetare a lui Folmer[1] rezultă că durerea de cap vine pe locul al treisprezecelea, sau privește 2½ din toate suferințele. De asemenea, din această cercetare rezultă că suferința apare aproximativ de două ori mai frecvent la femei decât la bărbați. Cu trecerea anilor, se pare că suferința crește în frecvență, dar pentru ea, medicul de familie este consultat mai puțin. Kentie[2] a semnalat că, în practica sa de medic de familie, în 1971, unul din unsprezece contacte medic–pacient au privit suferința durere de cap.

Durerea de cap poate avea cauze extrem de diferite (vezi nota 1). Este de la sine înțeles că medicul de familie trebuie să depisteze aceste cauze. Nu rareori el are de a face cu o combinație de factori. În NHG Migrenă Standard[3] se deosebesc trei categorii: migrena, durerea de cap de efort muscular și durerea de cap mixtă. În funcție de criteriile alese, 0,5 până la 5% din oameni au un atac de migrenă cel puțin o dată pe an. Celelalte forme de durere de cap apar cu mult mai des.

Medicul de familie va putea utiliza, în practică, unele puncte de reper care să-l ajute să ajungă la un rezultat.

a Se pot deosebi unele tipuri de dureri de cap astfel încât să se ușureze formarea ipotezelor. Cele mai importante tipuri sunt durerea de cap miogenă de efort și cea vasculară.

b Ambele forme de dureri de cap pot fi urmarea atât a anormalităților somatice cât și a stărilor emoționale tensionate.

c Medicul de familie este ajutat să formuleze ipoteze și să le diagnosticheze în prezența altor suferințe și simptome. Prezența temperaturii este luată ca graniță între un număr de categorii de boală importante (infecții virale și bacteriene).

Durerea de cap vasomotorie

Durerea de cap vasomotorie (numită durerea de cap vasculară atipică, sau durerea de cap constituțională) apare gradual, fără ca semne premergătoare să se manifeste. Rapiditatea apariției depinde de cauza durerii: o stare febrilă acută, de pildă, poate cauza o foarte rapidă manifestare de durere de cap vasogenă. Durerea de cap vasomotorie se manifestă în valuri, crize, dar acestea sunt mai puțin remarcabile decât cele din cazul nevralgiei de trigemen. Între accese (dacă durerea de cap vasomotorie nu are nici o cauză acută) pacientul nu suferă deloc de durere de cap. Durerea este mai ales difuz localizată în cap și are un caracter de pocnituri sau zvâcniri. O serie de forme de dureri de cap se agravează la mișcări bruște (de exemplu, aplecare). La un număr de

Scanned with OKEN Scanner

pacienți, durerea de cap este influențată de schimbări climatice (schimbări în presiunea atmosferică, apropierea unei furtuni sau unei ninsori), oboseală, lipsa somnului sau o cameră neaerisită pot provoca durere. Nu rareori, apare o combinare a durerilor vasomotrice cu cele de efort, mai ales dacă pe fondul lor se află un stres. Eforturile joacă un rol mare în marea majoritate a apariției durerilor vasomotorii. La aceasta, contribuie și modul de viață. Tocmai situațiile stresante alcătuiesc modul de viață cel mai departe de cel corect: acesta este des recognoscibil prin împărțirea neregulată a zilei, culcarea prea târziu, somn prost, fumat mult și multă cafea. Toate aceste elemente, prin ele însele, pot provoca durere de cap.

Durerea de cap vasomotorie poate fi însă cauzată și de alte cauze corporale care trebuie eliminate înainte ca să se decidă dacă durerea de cap este datorată stresului sau modului de viață. Următoarele cauze apar mai frecvent în practica medicului de familie.

a *Boli cu temperatură*. Bolile febrile formează cea mai largă grupă în cadrul afecțiunilor somatice care cauzează durere de cap. Febra în sine produce o durere de cap vasomotorie caracteristică, dar durerea mai poate fi provocată de afecțiuni ale capului care sunt responsabile de boala cu temperatură (de exemplu, meningita, encefalita sau sinuzita). Se va insista asupra acestora în capitolul 15.

b *Anemia*. Atât multitudinea formelor hipocrome, cât și apariția de anemii hipocrome se pot combina cu durerea de cap vasomotorie. Cauza zace probabil în hipoxia țesutului (probabil că este de înscris aici faptul că durerea de cap apare cu deosebire dacă, în același timp, există cu certitudine o arteriosclerozăcerebrală; și durerea de cap apărută ca urmare a unei încăperi neventilate este tot aici de trecut).

c *Intoxicațiile* pot duce la durere de cap vasculară. Intoxicațiile cu alcool, nicotină și cofeină formează cea mai mare grupă a acestora: fumători înrăiți au, pe deasupra, o proporție ridicată de monoxid de carbon în sânge, ceea ce contribuie la durerea de cap. Durerea de cap puternică, atotcuprinzătoare poate fi provocată și de intoxicații cronice cu monoxid de carbon cauzate de anumite condiții de muncă, cum sunt garajele neventilate, sau o sobă (mai ales în zilele de iarnă fără vânt), care sunt adesea cauze necunoscute ale atacurilor de durere manifestate temporar la unele persoane. Atunci când durerea se combină cu alte semne de intoxicație (slăbiciune, vomă, amețeală, somnolență), diagnosticul nu este dificil. Folosirea anumitor medicamente (între altele, antidepresive, antihiperactive, brom sau somnifere) poate să aducă cu sine durere de cap. În principiu, fiecare intoxicație exogenă se asociază cu durere de cap! Uneori este vorba de un abuz de analgetice, mai ales al fenacetinei în preparate combinatorii. Pacientul uzează, pentru combaterea durerii de cap, multe analgezice din seria acetamilide, ceea ce duce la instalarea obișnuinței și dependenței. El ajunge astfel într-o stare de intoxicare care provoacă durere de cap, ceea ce duce la o amplificare a folosirii de analgezice. Un asemenea cerc vicios duce până la folosirea de 60 de tablete pe zi.

De asemenea, numeroase intoxicații endogene pot cauza durere de cap. Ne gândim, în acest sens, mai ales la apariția uremiei ca urmare a unei insuficiențe

Scanned with OKEN Scanner

renale, a unei preeclampsii, a unei boli de ficat și stări acidotice. Mai puțin gravă (dar nu mai puțin frecventă) este durerea de cap datorată constipației.

d *Hipertensiunea*. Temporar remarcabilă este apariția durerii de cap (vasculare) în orele dimineții, care trece adesea pe parcursul zilei. Uneori, durerea de cap este singura suferință de care se plânge hipertensivul. La femei, care sunt predispuse, durerea de cap poate fi cauzată de folosirea anticoncepționalelor orale; și la acestea, uneori, durerea de cap este singura de care se plâng. Hipotensiunea este, comparativ cu hipertensiunea, foarte rar cauză de durere de cap.

e *Tulburări endocrine*. La unii pacienți, trebuie să ne gândim la eventualitatea unui diabet. Atât hipo-, cât și hiperglicemia, poate aduce durere de cap, ca de fapt și numeroase alte boli (între altele, boala Addison, boala Cushing), asupra cărora nu vom insista acum.

f La *arterioscleroza cerebrală*, pacientul se plânge des de o durere de cap surdă, apăsătoare, difuz localizată. Prin relaxare, aceasta trece adesea, la efort, crește din nou. Se pare iar că chiar o cantitate mică de alcool duce la durere de cap.

g La sfârșit, vom reaminti că și *sindromul de hiperventilație* se asociază cu durerea de cap.

Durerea de cap de tensiune musculară

Alături de durerea de cap vasculară, aceasta este cea mai frecventă durere de cap cu care este confruntat medicul de familie. Caracteristică durerii de cap de efort este intensitatea cu care se manifestă; durerea este indicată ca fiind apăsătoare, ca o chingă în jurul capului, ca o senzație de coif greu care apasă capul.

Durerea de cap de efort nu debutează mai ales acut și nu este prevestită de semne prodromale. Ea este prezentă toată ziua și se poate menține ușor ani la rând. Adesea, pacientul spune că durerea începe la ceafă, iar apoi se răspândește până la partea frontală, dar de multe ori ea apare în legătură certă cu ceafa; durerea poate apărea temporar deasupra ochilor, în timp ce poate fi indicată și pe vertex. Durerea poate fi atât uni- cât și bilaterală. Durerea poate fi cauzată de pieptănarea sau perierea părului sau purtarea unei pălării. Postura poate influența durerea; ușurarea poate interveni printr-o anumită întindere în pat sau suport al capului. Durerea este agravată de un somn prost peste noapte sau alcool.

La cercetare se relevă o hipertonie a mușchilor cefei; gâtul este mai puțin flexibil (numele de durere de cap de efort este deci de aici, și nu de la tensiunile emoționale care se pot ascunde în spatele acestor dureri!). Mușchii umerilor se pot resimți de asemenea sub presiune; se deduce astfel o miogeloză. Nu sunt de găsit semne neurologice. Cauza durerii se va căuta deci într-o ischemie a mușchilor, care este urmarea unei stări de contracție peste măsură. Wolff4 descrie faptul că durerea poate fi cauzată și de o supracontracție de numai două minute.

Scanned with OKEN Scanner

Apariția durerii este încurajată și de răceală (abur și curent). Răceala aduce cu sine ischemie ceea ce, după Wolff, este resimțită mai ales ca o contractare a mușchilor. Emoțiile pot face ca ischemia să crească; acestea pot fi chiar cauza durerii de cap de efort, iar în majoritatea cazurilor, chiar este. Diagnosticul de durere de cap de efort, tensională nu poate fi deseori stabilită prin localizarea ei; soluția va fi dată deci de natura ei.

Dacă durerea de la ceafă joacă un rol în modelul, tipologia suferinței, atunci trebuie eliminate o serie de afecțiuni care seamănă cu durerea de cap de efort. În practica medicului de familie, acesta se poate întâlni, între altele, cu următoarele afecțiuni:

a *Procese cervicale*, din care, artroza deformantă este cea mai frecventă. Pentru artroza cervicală sunt valabile aceleași semne ca pentru durerea dorsală inferioară: intensitatea durerii nu este proporțională cu schimbările vizibile pe röntgen prin care se stabilește caracterul artrotic al schimbărilor. Trebuie deci să ne ferim de a ajunge prea repede la concluzia că suferința este de înscris la categoria schimbări artrotice; eventualele aspecte funcționale ar rămâne astfel în afara câmpului de observare. Alte procese cervicale, foarte rar manifestate, cum ar fi prolapsul cervical de disc și afecțiuni reumatice, pot, încă și mai mult, cauza durere de cap și de ceafă. Trebuie excluse și fracturile de „vârf de bici". Nu vom mai insista acum asupra posibilităților ulterioare de diferențiere. Este bine însă să rămână stabilit că în caz de continuitate, persistență a acestui tip de dureri de cap, trebuie acordată atenție posibilității (deși, relativ rare) existenței unor procese locale.

b *Limfadenită cervicală* ca urmare a unei infecții a pielii capului sau a bolții bucale. Această afecțiunea poate fi ușor depistată prin palparea glandelor. Natural, cauza primară este cea care trebuie depistată.

c *Nevralgia nervului* (**n.**) occipital major și inferior care, de exemplu, poate fi cauzată de o afecțiune a coloanei vertebrale cervicale. Diagnosticul se stabilește mai ales pe baza caracterului nevralgic al durerii; adesea este de observat o durere de cap de tensionare, efort, înaintea nevralgiei.

d *Și procese care sunt localizate altundeva*, de exemplu sinuzita, pot cauza dureri miogene la ceafă.

Ca și în cazul durerilor dorsale inferioare, și în cazul durerii de cap tensionale, de efort, sunt prezenți mai mulți factori: răceala, curentul sau o poziție defectuoasă la mașina de scris sau cusut, sau în timpul cititului; mai cu seamă factorii psihici care stau în spatele acestora; deseori este vorba de cadrul și stilul tensional al vieții pacientului. Stresul poate fi de naturi diferite. Veenstra[5] este de părere că durerea de cap miogenă poate fi asociată cu cele mai diferite tipuri de personalități și eforturi, ceea ce vrea să spună că, în astfel de cazuri, încă mai puțin decât în cele ale altor afecțiuni funcționale, specificitatea constă din natura personalității sau cea a stresului. El consideră că de remarcat este faptul că la suferinzii de dureri de cap de efort este vorba, în mod repetat, de o tipologie a rigidității, a caracterului accentuat nevrotic, care este de recunoscut prin hiperactivitate și incapacitatea de odihnă. Faptul că astfel motrica respectivă duce la acest tip de durere de cap este lesne de

Scanned with OKEN Scanner

înțeles. Relațiile stabilite de către alți cercetători, cu referire la tendințe de manifestare extrovertă pasională de natură agresivă sau sexuală, cu dependența, infantilitatea și capacitate scăzută de suportare, cu depresii de naturi diferite și cu sufocarea copiilor de către părinți dominanți, nu par, luate ca atare, să fie specifice durerii de cap tensionale, de efort. Totuși, toate aceste aspecte pot sta în calea unui fel de viață armonios, care astfel contribuie la apariția diferențierii tipurilor de suferințe.

Deși durerea de cap de efort și cea vasomotorie formează partea leului în practica medicului de familie, se cade ca și alte forme de dureri de cap să fie discutate pentru că ele se prezintă cu regularitate medicului de familie.

MIGRENA

Numai câteva procente din totalul pacienților de dureri de cap din practica medicului de familie sunt formate de suferinzii de migrene. Medicul de familie știe, în general, care sunt acești pacienți (faptul că la unii, aceasta se manifestă când și când, iar la alții, migrena izbucnește o dată cu îmbătrânirea), simtom pentru care diagnosticul nu este dificil. Deși unii pacienți preferă să numească durerea lor de cap migrenă (este o boală „șic"!), este bine ca medicul să traseze granițe precise între aceasta și celelalte forme de durere de cap, mai ales cu durerea vasomotorie.

Migrena apare mai ales în cadrul familial și începe la o vârstă relativ tânără, în jurul pubertății. Gravitatea și frecvența atacurilor crește după 50 de ani; nu este exclus ca la aceasta să contribuie aspectele hormonale. Unii autori consideră că migrena este o boală de moștenire; care trebuie înscrisă la repetabilitatea situațiilor de la o generație la alta. Se pare, din cercetări ca cea a lui Wolff, că suferinzii de migrenă apar mai ales în rândul celor cu un anumit tip de personalitate: timid, ascuns și contradictoriu, ca copil; un nivel ridicat al ambiției și o incapacitate de a se relaxa, odihni. Tipul de personalitate se impune printr-un număr de semne ale supraactivismului. Conform concepției lui Wolff, atacurile de migrenă sunt cauzate de provocarea unei vasoconstricții intracerebrale, urmată de o vasodilatație extracerebrală. Mai recent, alte concepții, ca cea a lui Olsen, consideră că o neregularitate a sistemului nervos central este de presupus că are efecte vasomotorii. Nu o ușoară hipoxie, cum presupune Wolff, ci un val de excitare neurogenă ar explica semnele de boală ale aurei[6].

Migrena se deosebește foarte clar de durerea de cap vasomotorie prin localizarea ei unilaterală, prin implicarea aurii frontale și prin intervalele libere de durere. Trăsăturile distinctive se pot sintetiza astfel:

a Apariția într-o perioadă de relaxare după efort și suprasolicitare în muncă. La o serie de pacienți atacul este provocat de privirea într-o lumină orbitoare, folosirea anumitor alimente sau abuzuri de alcool, factori care, la alții, provoacă o durere de cap vasomotorie.

b Apariția unei auri frontale constând mai ales din tulburări vizuale, tremurături, uneori scurte tulburări de vorbire și motorii.

c Existența de perioade nedureroase între atacuri de migrenă.

Scanned with OKEN Scanner

d Caracterul vascular mai ales al celor mai mari dureri.

e O localizare mai cu seamă unilaterală.

f Intoleranța la lumină și zgomot pe timpul atacului, care se combină cu voma și amețeala; pacientul caută o încăpere liniștită și întunecoasă.

g Faptul că atacul de migrenă poate dura 6 ore, iar uneori chiar trei zile.

h (La un număr limitat de pacienți), o diureză puternică după criză.

i O perioadă de durere surdă și oboseală după atac, lucru pentru care pacientul cade în somn adânc.

j O trăsătură importantă a migrenei este aceea că administrarea de ergometrină are un efect favorabil (numai dacă este administrat temporar).

La o serie de pacienți se manifestă, pe timpul și după atac, semne trecătoare, alternative focare de excitare sau confundabile (parastezii, pareze, tulburări de vorbire, căderi ale sistemului nervos central); această formă de migrenă este numită „migraine accompagnée". Oricum, după atac, rămân manifestabile semne grele. Dacă se manifestă astfel de semne de ordinul celor neurologice, devine necesară o diferențiere de alte afecțiuni, lucru pentru care se cere trimiterea la neurolog. O formă specială, neobișnuită de migrenă acompaniată este migrena oftalmoplegică, ce se asociază cu căderea nervului mușchiului ocular. În concluzie, oricine, suferind abia la vârste înaintate de migrene, trebuie cercetat de un neurolog pentru că riscul de suferință organică este mare.

DUREREA DE CAP POSTCOMOȚIONALĂ

Această durere are, în multe privințe, trăsături vasomotorii. Noi o tratăm totuși separat pentru că pot apărea și alte forme ale durerii de cap postraumatice. Van't Hooft[7] a stabilit, într-o cercetare a 665 de pacienți cu traumatism cranian, că 60% din toți bolnavii sufereau, în prima săptămână, de durere de cap. De mare interes este faptul că aceasta nu era în relație liniară cu gravitatea traumatismului: la o comoție ușoară 65% se plângeau de durere de cap, iar la o contuzie mediu-gravă, 60%. Se pare că aceasta nu avea de a face cu faptul că pacienții au avut dureri de cap; există însă o relație pozitivă cu amețeala. Din cercetarea menționată rezultă că aproximativ 15% din toți pacienții care au avut o traumă craniană, încă mai sufereau de durere de cap după jumătate de an de la accident. Wolff[8] este de părere că s-a dezvoltat chiar o durere de cap cronică postraumatică ce, la o treime a pacienților, a fost atât de gravă încât a necesitat internarea în spital (ceea ce este o vagă indicare a unei categorii!). Van't Hooft a inventariat în Olanda 3 000 până la 4 000 de suferinzi de durere de cap după o traumă craniană pe perioade lungi de timp; medicul de familie vede, în medie, o dată pe an un astfel de pacient.

Concluzia lui Van't Hooft conform căreia nu ar exista o relație între gravitatea traumei și durere de cap postraumatică, a fost întărită de alți cercetători. Wolff menționează, în acest sens, o cercetare a lui Brenner et al., în care nu s-a găsit nici o corelație între durata inconștienței și amneziei, și durerea de

Scanned with OKEN Scanner

cap postraumatică, ce, încă și mai puțin, depindea de schimbări ale reflexelor, o ridicare a licuorii, sânge în licuor, fractura craniului și schimbări ale EEG. Explicarea durerii de cap postraumatice trebuie deci să se facă prin alți factori.

S-a găsit astfel o relație cu răni ale țesutului extracranian al capului; durerea de cap durează mai mult în caz de leziuni nevindecabile. Totuși, Jansen[9] este de părere că durerile de cap persistente sunt datorate suturilor aracnoidale, adeziunilor subdurale și altor cicatrice ale membranei creierului.

Aceste tipuri de dureri de cap se aseamănă cel mai mult cu durerea de cap de efort, tensională, dar și cu durerile de cap vasculare care se remarcă prin caracterul pulsatil, iar uneori, prin greață și fotofobie. O mișcare bruscă a capului poate mări durerea, iar temperatura și consumarea alcoolului pot provoca durere de cap. Adesea, există o anumită labilitate vegetativă, care este fie provocată, fie agravată de traumă.

Factorii psihici joacă adesea un rol important. Wolff este de părere că apare anxietate și îngrijorare față de urmările traumei craniene pentru leziuni pe creier care ar avea urmări în funcționarea intelectuală. Capul este o parte foarte importantă a corpului din punct de vedere emoțional; accidentul sau întâmplări de război pot constitui stresuri mari.

Prin toate acestea, este vorba deci de urmări ale traumei care conțin un stres. Un accident poate fi o blocare a dezvoltării superioare a unui individ, care poate aduce cu sine sentimente de vinovăție, dacă cel în cauză este vinovat de accident etc. Se poate presupune că cineva, aflându-se într-o situație stresantă, era expus deja unei surse de accidente ceea ce a contribuit la producerea accidentului; durerea de cap postraumatică poate fi deci susținută de efectivitatea situației stresante. Trauma craniană poate constitui un motiv pentru a scăpa de o situație care pare insolubilă (de pildă, un conflict de muncă).

Inconștient sau semiconștient, este căutat un câștig secundar prin intermediul suferințelor postcomoționale, cum este întreruperea îndelungată a muncii. Nu trebuie pierdut din vedere că durerea de cap postcomoțională poate avea ca urmare un sindrom hiperestetic-emoțional.

Revederea celor de mai sus duce la concluzia că durerea de cap postcomoțională poate fi cauzată de anormalități somatice, mai ales de leziuni, cicatrice extracraniene, dar o influență încă și mai mare este exercitată de aspectele emoționale ale traumei și de personalitatea respectivului. Medicul de familie trebuie să țină seama de acestea în tratamentul său: tratamentul nu va consta numai din prescrierea de odihnă la pat până ce trece durerea de cap.

Faptul că o serie de probleme emoționale stau în interdependență cu apariția diverselor forme de dureri de cap reiese dintr-o cercetare a lui D. Bijl și al.[10]. Relația este pusă în evidență mai ales în cazul durerii de cap de efort, tensională, așa cum reiese din tabelul 14–1.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 14–I.
Boli înregistrate ca fiind relaționate cu durerea de cap, migrena și durerea de cap de efort, la pacienți de peste 18 ani, pe trei luni, în procente rotunjite.

diagnoza după primul contact	durere de cap N=1.444	migrenă N=1170	durere de de efort N=904
dificultăți în familie/relații	4	6	20
probleme cu munca/studiul	2	4	15
tablou depresiv	2	2	7

DUREREA DE CAP CAUZATĂ DE ANORMALITĂȚI DE DOMENIUL ORL (NAS-GÂT-URECHI)

Cea mai mare parte a durerilor de cap de origine extracraniană prezente în practica medicului de familie este formată de cele cauzate de o afecțiunea a nasului, gâtului sau urechilor. Orice ocluzie a căilor nazale poate duce, în principiu, la durere de cap. Cauzele nasului înfundat sunt numeroase: vegetații adenoide, polipi, corpora alinea, disformități ale septului, sinuzită, inflamații ale membranei mucoase etc. Trebuie să se țină cont de ciclul fiziologic al inflamării și dezinflamării mucoasei nazale care poate fi tulburat în ritmul său de timpul redus rezervat somnului de noapte sau o viață neregulată. Și spasme ale membranei mucoase nazale, combinată cu inflamări udematoze, pot duce la dureri de cap; acestea sunt deci localizate des la rădăcina nasului. Această localizare a durerii este valabilă și pentru alte procese inflamatorii din nas. Un mijloc de diagnosticare este folosirea picăturilor de nas care combat starea de inflamare a membranei mucoase (de exemplu, simpaticomimetice ca adrenalina). Dacă durerea de cap este cauzată de nasul înfundat, atunci, după administrarea picăturilor, aceasta se duce repede.

Foarte frecvent se pune diagnosticul de sinuzită. Anamnetic, se menționează că durerea de cap apare ca urmare a unei răceli. Nasul este înfundat pe o, sau ambele părți. Uneori, se elimină din nas un lichid purulent. La examinarea bolții gură-gât, se poate observa o supurare pe peretele dorsal al farinx-ului. La rinoscopie anterioară, este vizibilă o supurare mai ales sub conca medie. Caracteristic este faptul că durerea apare adesea în a doua jumătate a dimineții; prin faptul că la ridicarea din pat, supurarea se scurge în jos, face să apară o depresurizare în sinus, care cauzează durere de cap. Medicul de familie poate fi condus la descoperirea unei sinuzite prin indicarea de către pacient a durerii când se ciocănește sinusul frontal și maxilar. Localizarea durerii se referă însă și la o relativă depreciere. Wolff[11] a stabilit experimen-

Scanned with OKEN Scanner

tal că sensibilizarea, sinusului maxilar produce durere în zona de sub ochi, de lângă ochi și parietal, iar a sinusului etmoidal va cauza durere paranazală, cea a sinusului sfenoidal, pe locul vertex-ului.

Sensibile la durere sunt mai ales căile de evacuare și ostia. Se pare însă că în practică localizarea durerii din sinuzită nu este în acord cu aceste relații experimentale. În funcție de infectarea sinusului, durerea poate fi localizată frontal, parietal, occipital, pe locul vertex-ului sau facial. Noi am arătat deja că poate apărea și durere în gât.

Infectarea unuia din sinusuri este rară; de cele mai multe ori, infectarea cuprinde mai multe sinusuri în același timp. Prin intermediul diafanoscopiei se poate descoperi dacă un sinus este mai ușor atins decât altul. Dacă avem de a face într-adevăr cu un sinus mai leneș, acesta poate fi semn de sinuzită (cauza poate fi și un sinus mic sau unul gros lăsând la vedere structura osoasă). Pe o astfel de bază se poate, în practică, recurge la un tratament cu aburi și, eventual, cu antibiotice și picături. Dacă la diafanoscopie, după zece zile, situația pare neschimbată, iar suferințele de origine încă persistă, se efectuează un examen röntgen. Acesta aduce mai multă claritate decât diafanoscopia.

Durerea de cap poate fi cauzată de o infectare a urechii. Se va remarca totuși dacă durerea din jurul urechii nu este cauzată de o otită medie, și trebuie să existe motive serioase pentru a merge mai departe cu investigarea: complicații nu sunt de așteptat decât rar.

DUREREA DE CAP CAUZATĂ DE AFECȚIUNI DENTARE

Durerea de dinți se combină cu durerea de cap: relația dintre cele două este evidentă. Durerea de cap poate apărea după o extracție sau tratament dentar. Relația poate fi însă și mai puțin evidentă: o periodontită sau un abces la rădăcină poate provoca durere de cap fără durere dentară; aceasta este localizată mai ales parietal, dar poate fi menționată și frontal sau pe vertex, și nu va trece decât după un tratament stomatologic bun (din care nu trebuie să lipsească examenul röntgen al danturii).

Pe granița dintre medicină și stomatologie se găsește *sindromul Costen*. Acesta se face remarcat prin durere în vecinătatea cartilagiilor maxilare și urechii, care radiază spre regiunea parietală și maxilară. Aceasta este deseori foarte puternică, de formă nevralgică și este cauzată mai cu seamă de o malocluzie (nepotrivirea reciprocă dintre maxilarul superior și cel inferior), în timp ce la aceasta poate duce și o artroză deformantă a cartilagiului maxilar. Există astfel o solicitare defectuoasă a cartilagiului, a articulației, uneori cu o sublixație a acesteia; acest tablou nu se prezintă des în practică, dar atunci este de multe ori incorect cunoscut. Cauza durerii este căutată în mod incorect la ureche (ceea ce, în restul cazurilor, poate fi corect dacă este vorba de carii sau infecții ale elementelor submaxilare). Pacientul cu acest sindrom trebuie trimis la stomatolog.

Scanned with OKEN Scanner

DUREREA DE CAP CAUZATĂ DE AFECȚIUNI OLFTALMOLOGICE

Durerea de cap este adesea atribuită unei afecțiuni a ochilor, dar o astfel de anormalitate nu are decât o relativ rară relație cu cauza durerii de cap. Deseori, pacientul vine la medicul de familie plângându-se că are dureri de cap la citit sau când se uită la televizor. El singur consideră astfel că este vorba de o cauză oculară, și deci are nevoie de ochelari, dar numai în puține cazuri această concluzie este corectă. De cele mai multe ori, cauza este o hipermetropie. Tocmai formele ușoare par să facă obiectul plângerilor: omul trebuie să se acomodeze încontinuu. Localizarea durerii de cap ca urmare a hipermetropiei este foarte schimbătoare: în fața sau spatele capului, sau la ceafă (pentru aceasta, o cauză rezidă și în poziția defectuoasă la studiu). Nici timpul când apare durerea de cap nu este sistematic dat. Durerea apare mai ales pe timpul studiului, muncii manuale etc., dar uneori nu se manifestă decât abia dimineața următoare.

La marea majoritate a pacienților, este vorba însă de o postură defectuoasă care duce la apariția durerii de cap miogene; fumat mult, staționarea în încăperi neventilate, odihnă insuficientă sau tensiuni emoționale (un examen!) pot duce la durere de cap.

În caz de durere în ochi coroborată cu durere de cap în jurul ochiului respectiv, sau localizată frontotemporal, pacientul trebuie cercetat dacă nu are irită sau glaucom. Acestea sunt boli care apar relativ rar în practica medicului de familie; identificarea timpurie a acestora poate avea urmări pe termen lung pentru pacient.

DUREREA DE CAP EXTRACRANIANĂ CAUZATĂ DE AFECȚIUNI NEUROLOGICE

Diferiți nervi cranieni pot cauza nevralgii; cea mai frecventă dintre acestea este nevralgia de nerv trigemen. Nevralgia de trigemen este identificabilă prin atacuri unilaterale de durere, care durează câteva minute, și este extrem de puternică. De cele mai multe ori, aceasta este localizată în zona terminalului celui de-al doilea trigemen, uneori paralel cu terminalul celui de-al treilea trigemen; prima ramură este rareori antrenată (o nevralgie izolată a primei ramuri reclamă investigare neurologică pentru că aceasta poate ascunde alte procese). Atacurile dureroase se pot succeda relativ frecvent, și apar mai cu seamă periodic. Atacurile de durere pot fi provocate de excitarea anumitor „puncte trigger" (prin atingere ușoară, bărbierire, răceală sau vorbire). Uneori, atacurile se combină cu fluxuri apoase sau grăsimoase, cu roșeață locală și transpirație. Nevralgia de trigemen este o boală a vârstnicilor; cele mai multe cazuri apar după vârsta de 50 de ani. Cercetarea neurologică nu revelă nici o anormalitate; diagnosticul se stabilește pe baza anamnezei.

După un zona zoster la cap, se poate suferi lung timp de durere de cap.

Scanned with OKEN Scanner

Nevralgia nervului glosofaringeal apare numai rareori. Aceasta cauzează dureri de un același fel, dar de data aceasta, în tonsil, plafonul bucal și la baza limbii.

Nevralgia de trigemen, ca și migrena, trebuie deosebită de *durerea de cap grupată*. Aceasta nu este o nevralgie care se manifestă într-un anumit loc. Cluster headache se manifestă în atacuri deosebit de dureroase în zona tâmplei sau în jurul unui ochi. Atacurile dureroase durează minute până la maximum câteva ore, și apar mai cu seamă noaptea sau în timpul primelor ore ale dimineții. Durerea are mai ales un caracter zvâcnitor. Pe regiunea în care este localizată durerea se poate constata o inflamare ușoară și o hiperhidroză locală, în timp ce, pe partea respectivă, pot apărea fluxuri apoase sau senzație de nas înfundat. La aproximativ 10% dintre pacienți se poate observa, pe timpul atacului, și o ptoză și mioză (vezi nota 2). Atacurile apar mai ales după odihna prelungită de după eforturi suprasolicitante. Eforturile psihice și consumarea alcoolului se pot încheia cu un atac dureros. Atacurile apar adesea la primele vârste ale maturității și se manifestă pe perioade.

O altă formă de durere de cap este cea cauzată de arterita temporală; aceasta afecțiune nefrecventă cauzează dureri violente în regiunea tâmplelor, care apar mai ales noaptea, și se acutizează la tuse, strănut sau apăsare. La palpare, antero temporala este deosebit de sensibilă la apăsare, este îngroșată și puternic oscilantă. În astfel de cazuri, dacă există o arterită celulară cuprinzătoare, atunci apare riscul ridicat de orbire, prin închiderea canalelor, capilarelor retinei. Viteza de sedimentare se ridică mult. Diagnosticul trebuie precizat și susținut prin cercetare anatomo-patologică și de laborator. Tratamentul cu corticosteroide este absolut necesar.

DUREREA DE CAP LA STĂRI PERICULOASE PENTRU VIAȚĂ

Formele de durere de cap discutate până acum pot fi foarte neplăcute pentru pacient, dar ele nu pun în mod special în pericol viața. Există însă și unele tipuri care aduc cu ele pericole deosebit de mari pentru pacient. Medicul de familie trebuie deci să fie foarte atent în acest sens.

a O durere de cap puternică apărută brusc, care se asociază cu semne de rigiditate a cefei, indică o sângerare, hemoragie aracnoidală ca urmare a spargerii unei aneurisme secundare. Adesea, pacientul cade repede în comă. Internarea imediată este necesară pentru că viața este în pericol. Adesea, pacientul moare la scurt timp.

b O durere de cap mai puțin acută, care se asociază nu numai cu rigiditatea cefei, dar și cu temperatură, necesită o internare de urgență dată fiind probabilitatea de diagnosticare a meningitei. Diagnosticul trebuie certificat, printre altele, cu ajutorul punctiei lumbale; natura agentului trebuie foarte bine precizat.

c Durerea de cap care se asociază cu semne de ridicare a presiunii intracraniene (vizibile în ritmul pulsului, greață, vomă și, la cercetare, semne

Scanned with OKEN Scanner

de propulsie a papilelor nervilor optici, o schimbare a distanțării pupilelor, și o schimbare a reacției la lumină), și se combină cu somnolență mortală și cu semne neurologice de cădere sau surescitare, necesită o cercetare neurologică adâncită dată fiind probabilitatea unui diagnostic de proces intracranian (acest proces poate fi de naturi diferite: hematom subdural, hematom epidural, abces sau tumoare).

d La o durere de cap apărută la un matur care înainte nu a mai suferit de dureri de cap, sau o durere care își schimbă caracterul la un suferind cronic de dureri de cap, la care medicul de familie nu poate găsi o cauză, se vor lua în calcul considerente privind un posibil proces intracranian, cu atât mai cert cu cât acestea se combină cu schimbări în structura personalității, cu semne de cădere sau supraexcitare neurologice și cu aspecte epileptiforme.

Urmărirea și consultul trebuie să facă posibilă deosebirea dintre pacientul la care durerea de cap este una dintre suferințele și semnele de boală, și cel la care durerea de cap este principala suferință. Diagnosticarea și terapia vor trebui, în primul caz, direcționate spre întregul tablou al bolii. Un grup important din această categorie poate fi eliminat, separat, în mod simplu, și anume acele boli care se manifestă cu temperatură și care fac parte, în majoritatea cazurilor, din una sau mai multe feluri de boli infecțioase. Despre aceasta se va insista mai mult în capitolul 15. Un loc aparte este ocupat de categoria stărilor de periculozitate pentru viață. Este de la sine înțeles că, în astfel de cazuri, medicul de familie trebuie să efectueze de urgență trimiteri la specialist. În marea majoritate a cazurilor, specialistul ales va fi neurologul. Numai în cazul că se apreciază că este vorba de o intoxicație, trimiterea va fi făcută la internist.

Mai ales în cazul bătrânilor, trebuie să ne gândim la o cauză organică a durerii de cap. Numeroase cauze din cele discutate mai sus pot fi prezente și la bătrâni, dar, tot astfel, numeroase alte boli pot zace pe fondul durerii de cap: un proces intracranian, un accident cerebrovascular, anormalități traumatice și altele asemenea. De aceea, la vârstnici, este bine să nu se formuleze diagnosticul de tulburare funcțională pe baze practice. Mai complicat este faptul că luarea anamnezei și investigarea corporală a vârstnicilor decurg adesea mai dificil.

Dacă copiii mici se plâng de dureri de cap, trebuie căutată în mod repetat o cauză organică. După o decidere rapidă asupra stărilor de periculozitate pentru viață și a tablourilor de boală în care durerea de cap este suferința conducătoare, se obține un grup mare de persoane la care durerea de cap este suferința principală.

ANAMNEZA

Mai întâi, trebuie să se cunoască, să se afle durata durerii de cap. Când a apărut aceasta pentru prima oară? A fost ceva care a premers durerea de cap, de exemplu, un accident, un eveniment emoțional sau o perioadă de extenuare?

Scanned with OKEN Scanner

După aceea, trebuie să se afle dacă există eventuale elemente interdependente sistematice ale apariției durerii de cap (între paranteze sunt menționate exemple): în primele ore ale dimineții (hipertensiune), în orele târzii ale dimineții (sinuzită), după stat mult la volan (co-intoxicație), după consumarea de alcool, pe timpul sau după orele de studiu (tulburări de vedere, durere de cap de efort, tensională), după staționarea într-o cameră neventilată (hipoxie), pe timpul mestecării și mâncatului grăsimilor reci sau calde (sindromul lui Coster, cauză dentogenă), la schimbarea bruscă a poziției, posturii (arterioscleroză), la schimbări climatice (durere de cap vasomotorie), sau la anumite situații emoționale.

În al treilea rând, trebuie achiziționate informații despre natura, durata și localizarea durerii de cap. Un număr de forme de dureri de cap (ca migrena și nevralgia de trigemen) pot fi astfel diagnosticate.

Diagnosticul de durere de cap de efort, tensională este stabilit adesea prin, și pe baza localizării și radierii. Aceasta nu se poate face însă întotdeauna. Am arătat mai înainte că, în cazul sinuzitei, localizarea este puțin precizabilă. Durerea în ochi reclamă atenție în sine. Diferite feluri de dureri de cap vasomotorii au mai cu seamă un caracter de zvâcnituri și bubuituri, nu decurg în atacuri propriu-zise și durează ore până la zile, dar nu întotdeauna acesta este un model cert.

În al patrulea rând, trebuie să se cunoască eventualele semne neurale: greața și voma, tulburări vizuale, răceala, nasul înfundat, evacuările nazale, durerea de ureche, durerile la ceafă sau umeri, amețeală.

Se presupune că medicul de familie este la curent cu eventualele boli deja făcute. De importanță în acest sens sunt, între altele, hipertensiunea, boli de rinichi, ficat, tractul circulator sau de sânge. De asemenea, medicul de familie știe deja, pentru o serie de cazuri, de apariția în mod familial a durerilor de cap (migrene!), dacă nu, el trebuie să adreseze întrebări anume în acest sens.

În al cincilea rând, medicul de familie trebuie să afle totul despre folosirea de mijloace medicamentoase. Medicamente pot fi prescrise, în mod repetat, de către specialiști, fără ca medicul de familie să fie informat.

O atenție specială se va da medicamentelor care cauzează durere de cap. De asemenea, automedicația trebuie să facă obiectul observațiilor, pentru că tocmai la suferinzii de dureri de cap aceasta este excesivă. Pentru a avea un control exact și complet al medicamentelor folosite de pacient, medicul trebuie să ceară pacientului să vină o dată, la unul din consulturi, cu toate cutiile și flacoanele.

În final, medicul trebuie să se informeze, încă de la primul contact cu pacientul suferind de durere de cap, asupra existenței eventuale a unui stres, și aceasta nu numai pentru importanța medicală a acestor informații, dar și pentru a clarifica, explica pacientului, încă de la început, faptul că circumstanțele emoționale pot juca și ele un rol. Dacă se decide că o cauză a durerii de cap rezidă într-o boală corporală sau mai multe boli fizice, se va merge mai departe pe această linie.

Scanned with OKEN Scanner

INVESTIGAREA CORPORALĂ

Cercetarea suferindului de durere de cap este specificată mai ales de culegerea de date anamnetice. Dacă reiese că este vorba de un nas înfundat, o cercetare pentru explicarea cauzei acestuia nu trebuie să lipsească; dacă durerea de cap apare la citit sau la privit la televizor, o cercetare orientată către hipermetropie, astigmatism și eso- sau exoforie, este necesară.

Atunci când anamneza nu satisface punctajul corespunzător, atunci cercetarea ulterioară va fi nevoită să completeze anamneza. Această cercetare constă din următoarele elemente:

a Inspecția faciesului pentru găsirea de inflamații (abcese maxilare, tumoarea unui sinus), de roșeli locale, fluxuri apoase, poziția capului.

b Examinarea bolții gură-gât (dantura, articulația, cartilagiul mandibular, amigdale, peretele dorsal al farinxului [de supurații]).

c Palparea regiunii occipitale, cervicale și submandibulare (prezența de glande palpabile, miogeloze, mușchi dureroși la apăsare și evaluarea la palpare a craniului).

d Mișcarea cefei.

e Rinoscopia anterioară (cu atenție pentru prezența supurării, corpora alinea, deformări ale septului, membrană mucoasă atrofică sau alergică și polipi).

f Diafanoscopia prin transiluminarea sinusului se face la aprecierea că ar fi vorba de o sinuzită.

g O eventuală rinoscopie posterioară (o metodă de investigare care nu este stăpânită decât de puțini medici ai familiei) sau, mai practic, o palpare a unui eventual adenoid.

h Examinarea ochilor (prezența de infecții, reacția pupilară, forma pupilei); măsurarea presiunii intraoculare, bulbului ocular este cu siguranță necesară dacă se suspectează un glaucom. Pentru mulți medici ai familiei, aceasta înseamnă trimiterea la olftalmolog.

i Cercetare pentru depistarea eso- sau exoforiei, astigmatismului și hipermetropiei. Și aceasta poate fi efectuată numai de către puțini medici de familie; cei mai mulți limitează cercetarea ochilor la cercetarea vizualității cu ajutorul panoului Snellen sau TNO. Prin aceste metode, nu se pot diagnostica eventualele anormalități relativ subtile. Se cere ca medicul de familie să învețe cum să efectueze această cercetare.

j O evaluare a fundului de ochi din punctul de vedere al eventualelor semne de presiune, tensiune și anormalități circulatorii.

k În orice caz, trebuie luată tensiunea sângelui. Nu este prea mult dacă subliniem că determinarea simplă, doar o dată a tensiunii sanguine constituie o bază insuficientă de diagnosticare: măsurarea trebuie repetată.

l O cercetare completă de laborator se cade să cuprindă cel puțin teste ale urinei, prin care se țintesc următoarele aspecte: sortul deficiențelor, proteine, zahăr și sedimente. Analiza sângelui va determina viteza de sedimentare și proporția de hemoglobine.

Scanned with OKEN Scanner

m O discuție despre stres, tensiuni emoționale și situația de viață (muncă, familie, repartizarea timpului de muncă/liber, somn, obiceiuri de viață).

Dacă această cercetare nu aduce clarificările necesare din punctajul anamnetic pentru diagnosticare, atunci ne vom orienta către următoarele aspecte:

a se va reconsidera posibilitatea unei afecțiuni a nărilor nasului, pentru care se va efectua analiza röntgen respectivă;

b se va reconsidera o anormalitate cervicală: analiză röntgen a coloanei vertebrale a gâtului;

c se vor reconsidera procesele intracraniene: fotografii ale craniului și un EEG (cea de pe urmă cercetare este și la dispoziția medicilor de familie, și ei o pot efectua);

d analize lărgite de laborator, între altele, reacția reumatică, reacția serologică la sifilis, și probe ale funcționării rinichilor;

e efectuarea unei investigații corporale generale.

După aceea, calea spre specialist stă deschisă. Trimiterea la oftalmolog pentru controlul ochilor a fost deja menționată mai înainte. Dacă se presupune existența unei cauze neurologice sau interne, trimiterea se va face la specialiștii respectivi. Trebuie menținut în atenție faptul că trimiterea la specialist poate duce pe pacient la gândul că „ceva este bolnav în cap". O trimitere nu este o activitate organizatorică sau administrativă; este un eveniment medical cu caracter de intervenție. Totuși, durerea de cap necesită, cel puțin o dată, trimiterea la specialist pentru a elimina din calcul afecțiuni grave!

Pe parcursul întregului proces de acordare a ajutorului unui pacient, atât pentru diagnosticare cât și pentru terapie, trebuie să se țină cont de valoarea emoțională a capului. Pe drept cuvânt, omul localizează în cap capacitatea de gândire. Comportamentul este în multe privințe determinat în principal în creier: capul este „centrala" corpului. „A nu fi bun la cap" înseamnă a nu funcționa psihic bine. Capul are un rol central și în relațiile cu ceilalți. Este de aceea extrem de important faptul că, pentru mulți pacienți, capul suferind constituie o sursă de anxietate. Cei care suferă de dureri de cap manifestă adesea frica de a nu avea o tumoare. Pentru medicul de familie cercetarea capului este deosebit de dificilă, o dată pentru cele arătate mai sus, iar apoi pentru că are de a face cu o cavitate închisă care este greu accesibilă. Medicul de familie trebuie să-și învingă teama, pentru că altfel nu va putea aduce siguranța de care pacientul are atâta nevoie.

TRATAMENTUL

Tratamentul durerii de cap este, în ultimă instanță, îndreptat spre însănătoșirea cauzelor durerii. Dacă acestea rezidă într-o boală infecțioasă, o infecție a articulației mandibulare sau unui sinus, o intoxicație sau o hipertensiune, atunci acestea vor fi cele tratate în primul rând. Tulburările de vedere trebuie corijate, iar malocluzia trebuie corectată.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamenul suferindului de *migrenă* trebuie mai întâi direcționat în sensul ajutării pacientului să se relaxeze, să se odihnească, să ajungă la un mod de viață sănătos, mai puțin marcat de graba de a presta. Pentru a combate repede un atac mai periculos se poate administra, conform Standardului Asociației Olandeze a Medicilor de Familie12, metoclopramida sau domperidon 30 mg oral. Dacă atacul continuă, se va alege mai întâi metoclopramida 10 mg sau domperidon 10 mg oral, iar după jumătate de oră un analgezic în doză ridicată, de exemplu paracetamol 1 000 mg. Dacă acestea nu ajută satisfăcător, atunci, alături de cele numite, se poate administra, de exemplu, ibuprofen 600 mg oral sau naproxen 1 000 mg oral. O a treia alternativă este ergotamina, 1 mg (eventual 2 mg) rectal, repetată eventual după o oră. Doza maximă este de 4 mg per administrare și 8 mg pe săptămână. Efecte secundare acute ale ergotaminei sunt vomismente, diaree, crampe abdominale, moleșeală și spasme circulatorii. Dacă se folosește mai mult de 15 mg pe lună, va trebui să se ia în considerare o profilaxie. Prima alternativă este o Betablocant: propanolol 80–160 mg pe zi sau metopronol 100–200 mg pe zi. Se mai poate prescrie și o serotonină-antagonistă sau clonidină.

Nevralgia de trigemen reacționează, la o serie de pacienți, la administrarea de carbamazepină care este folosită și ca anti-epileptic. Alți pacienți necesită un tratament neuro-chirurgical.

În caz de *durere de cap vasomotorie*, se cade tratată de asemenea cauza. Dacă factori constituționali sau de stres joacă un rol, tratamentul se va orienta în acest sens. Este bine să se avizeze pacientul ca munca și odihna să fie bine alternate, să aibă somn suficient și mișcare fizică. Trebuie avut grijă ca încăperea în care se stă mai mult să fie aerisită, iar alcoolul să fie redus la minimum. Viața sub stres trebuie să fie discutată și văzut în ce măsură este nevoie de cooptarea unui asistent social sau psiholog pentru a soluționa sursa de stres. Este important ca pacientului să i se clarifice cauza durerii de cap. Apoi se consideră suportul medicamentos al tratamentului. Analgeticele obișnuite par să nu aibă nici un efect asupra durerii de cap vasomotorii. Pentru aceasta trebuie administrat un preparat de ergotamină în doze mici, în combinație cu un sedativ ușor.

Și pentru *durerea de cap de efort, tensională* se va promova instalarea de reguli de viață sănătoasă. Durerea de cap poate fi un impediment pentru instalarea acestora! De asemenea, personalitatea suferindului de durere de cap poate sta în calea terapiei. Deseori, durerea poate fi redusă prin aplicații calde, masaj ușor sau așa-numitul masaj popular indonezian (masarea până apar puncte de sângerare). Specialistul în fizioterapie medicală îl poate ajuta pe pacient să învețe să se relaxeze. Foarte folositor poate fi participarea la exerciții de grup. Și la această formă de durere de cap trebuie acordată atenție eventualului stres. Prin contrast cu durerea de cap vasomotorie, la durerea de cap de efort ajută mult analgezicele în combinație cu un sedativ ușor. La pacienții înclinați spre automedicație, apare riscul de a lua medicamentele prescrise în doze tot mai mari. Analgezicele conținând acetosal pot provoca,

Scanned with OKEN Scanner

mai ales în combinație cu alcoolul, deteriorări ale mucoasei stomacului, ceea ce se poate constata, între altele, la reacția benzidinică a fecalelor. Adesea, pacientul este alergic la aceste preparate. Un efect bun îl are administrarea temporară a unui somnifer, în caz de tulburare a somnului de noapte. Trebuie luptat contra folosirii cronice a acestor medicamente, și contra prescrierii de doze din ce în ce mai mari.

Ar trebui să fie limpede deci că un suferind de durere de cap nu trebuie să fie ajutat numai prin administrarea unei tablete calmante, ci și prin abordarea lui integrală (cu formularea unui diagnostic și construirea unei terapii) pentru a ne plasa pe calea cea bună.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 14

NOTA 1. STRUCTURI SENSIBILE LA DURERE

Durerea de cap poate avea numeroase cauze, care se pot afla atât pe terenul neurologic, cât și pe cel intern, al oftalmologiei, sau cel de nas, gât și urechi. Durerea de cap poate cuprinde toate structurile sensibile la durere din craniu sau față!

Toate țesuturile din afara bolții craniene pot fi sensibile; în interiorul craniului sunt următoarele structuri sensibile: sinusul venos, părți ale durei cavității craniene anterioare și posterioare, canalele durale ale bazei craniului și unii nervi cerebrali.

NOTA 2. DUREREA DE CAP GRUPATĂ (CLUSTER)

Durerea de cap vasculară este bine înscrisă unei leziuni a vaselor simpatice din peretele aortei (a.) carotide interne, ca urmare a unei dilatații arteriale recidivate. Uneori, artera temporală superficială este inflamată.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Folmer, H. R., *Medicul de familie și aisbergul*, Utrecht, 1968.
2 Kentie, *Comunicarea personală*.
3 NHG Standard Migraine.
4 Wolff, H. G., *Durerea de cap și dureri la cap*, New York, 1963.
5 Veenstra, A., „Aspecte psihiatrice ale durerii de cap", *Durerea de cap*, Ned. Bilbl. Gen., Leiden, 1970.
6 Oelsen, J. et al., „Focal hiperemia urmată de răspândirea oligemiei și activarea impară a CBF în migrena clasică", *Ann. Neurol.*, 1981, 9, 344-452.
7 Hooft, F. van't, *Comoția cerebrală și alte urmări ale traumei craniene*, Utrecht, 1973.
8 Wolff, *ibid.*
9 Jansen, J. J., „Neurologul și pacientul cu durere de cap", *Durerea de cap*, Ned. Bibl. Gen., Leiden, 1970.
10 Bijl, D., „Durerea de cap, migrena și durerea de cap de efort în practica medicului de familie", *Medicul de familie și Știința*, 1994, 37 (4), 142-148.
11 Wolff, *ibid.*
12 Bartelink, M. E. L., NHG standaard Migraine, În: *Standardele NHG pentru medicul de familie*, 1993, Bunge, Utrecht.

Scanned with OKEN Scanner

15 Prima abordare a pacientului bolnav acut cu temperatură

Pacienții bolnavi acut și cu temperatură formează o categorie bogată de cazuri noi din cadrul pacienților practicii medicului de familie. O majoritate a acestora se însănătoșesc în câteva zile spontan, o parte mică rămâne grav bolnavă. Într-o serie limitată de cazuri, există la debut o stare premejdioasă vieții, care trebuie bine deosebită de afecțiunile ușoare, „auto-limitative".

Este o sarcină importantă a medicului de familie să selecteze, din multitudinea de cazuri de boală, pe cele de natură ușoară, de cele grave. Lucrul acesta nu este ușor pentru că numeroase boli se manifestă temporar, la început, în mod asemănător, cu un „sindrom nespecific *prodromaal*, premergător".

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

În ultimele trei capitole ne-am ocupat în principal de suferințe și stări de boală care, în general, nu dezvoltau un tablou acut de boală. Datorită faptului că medicul de familie lucrează în prima linie, el este solicitat în 40% din cazurile acute. Din această categorie fac parte numeroase boli care merită să fie discutate.

Ne vom limita, în acest capitol, la o singură formă a îmbolnăvirii acute care este foarte exact descrisă de Van den Berg[1]:

„După o noapte neliniștită, cu somn deranjat, mă trezesc dimineața cu senzația că nu mă simt bine. Mă scol din pat cu părerea că peste zi, în ciuda oboselii, voi reuși să mă ocup ca de obicei de treburi, dar văd repede că nu voi reuși. Am durere de cap, greață, îmi vine să vomit și mă simt atât de incapabil să fac ceva, încât mă consider sigur bolnav, așa că mă întorc la pat în ideea de a rămâne culcat. Termometrul arată că hotărârea mea este întemeiată.

Ideea că poate aș vrea să mănânc ceva face încă și mai clară starea în care mă aflu. Sunt suferind de o boală. Mă uit prin felia de pâine și peste ceașca de ceai și nu le văd, iar tot ce știu este că voi abandona toate planurile și îndatoririle mele de azi, așa că mă cuibăresc în pat, a cărui căldură mă îmbie la imobilitate, închid ochii, dar nu pot să dorm."

FRECVENȚA BOLNAVILOR FEBRILI DIN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Pe baza statisticilor de morbiditate nu se poate stabili prea bine câți pacienți cu febră tratează medicul de familie. Diagnosticele nu conțin date suficiente despre aceasta. Pe de o parte, boli care se manifestă în mod obișnuit cu febră, cum sunt bolile infecțioase, pot decurge și fără temperatură. Pe de altă parte, boli care în mod obișnuit nu se fac cu febră, pot avea manifestări febrile.

O evaluare se poate face totuși dacă ținem cont că, în majoritatea cazurilor de infecție, acestea provoacă temperatură, și numai o fracțiune a suferinței provocate de temperatură este cauzată de alte boli.

Oricum, dacă medicul de familie are de a face cu un pacient cu febră, primul lui gând se va îndrepta către posibilitatea unei infecții a căilor respiratorii superioare. Informațiile ulterioare asupra simptomelor și suferințelor vor fi în măsură să aducă precizări pentru diagnosticare.

Pacienții febrili se înregistrează mai ales în rândul copiilor. Acest fapt reiese cu claritate din tabelul 15–1.

La persoanele în vârstă se observă iar o creștere a frecvenței.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 15–1
Cifrele de incidența temperaturii la 1 000 pacienți pe an, după categorii de vârstă.

Vârsta	*Proiect tranziție*[2]	*NIVEL*[3]
0– 4 ani	22	20
5–14 ani	2	3,2
15–24 ani	3	0,4
25–44 ani	2	1,2
45–64 ani	2	1,2
65–74 ani	3	1,2
+ 75 ani	9	2,0
altele	3	2,4

SINDROMUL PREMERGĂTOR NESPECIFIC

O parte a vizitelor la domiciliu ale medicului de familie au ca obiect un tablou de boală care începe cu următoarele semne: o stare generală proastă, senzația de a nu fi în stare de muncă, senzație vagă de greață, durere de cap, febră și lipsa poftei de mâncare. Acest sindrom premergător nespecific poate fi expresia unei tulburări foarte trecătoare în starea de sănătate, dar poate fi și primul semn al unei boli sau afecțiuni grave. Aceasta marchează deja prima problemă a medicului de familie: el va trebui să stabilească, de o manieră efectivă și responsabilă dacă este vorba fie de o boală ușoară, „autolimitativă", fie de dezvoltarea unei boli cu consecințe prelungite, importante pentru pacient.

În acest capitol vor fi discutate o serie de boli care trebuie să facă obiectul considerațiilor medicului de familie dacă ele manifestă sindromul premergător aspecific, în timp ce vom prezenta un număr de elemente care nu trebuie să lipsească din urmărirea de către medicul de familie a acestor boli. Din acestea fac parte mai ales simptomele de început ale acelor boli care trebuie evaluate pe baza diagnosticului diferențial, dar acestea nu vor fi discutate decât în măsura în care evaluarea și decizia medicului de familie sunt necesare în prima lor fază. Trebuie să fim conștienți că aceasta constituie o altă perspectivă, un alt unghi de vedere decât acela din materialul didactic al specialităților clinice, și în care tablourile bolilor sunt descrise în întregime.

Medicul de familie trebuie să lucreze eficient la prima abordare. Aceasta se referă la faptul că aprecierea stării pacientului trebuie să fie cât mai responsabilă, iar el trebuie să țină seama de timpul pe durata căruia este accesibil. Diferențierea dintre variatele boli trebuie să se facă de o manieră neconsumatoare de timp, pentru că medicul de familie trebuie să combine funcția lui de sine stătătoare cu aceea de a acorda ajutor bolnavilor gravi. Orice

Scanned with OKEN Scanner

infecție care este apreciată după modelul „sănătos" sau „nesănătos" duce la o incorectă axare a atenției asupra pacienților pe care medicul de familie îi are în îngrijire. Aceasta înseamnă că important este să se facă deosebirea între boli „autolimitative" și boli pentru care este necesară o tratare ulterioară: viața pacientului poate depinde de acest fapt.

TEMPERATURA RIDICATĂ A CORPULUI

Temperatura ridicată a corpului este, în sindromul premergător nespecific, singura informație obiectivă. Uzual, luată dimineața rectal, aceasta este, normal, de 37°C sau mai scăzută, iar luată după ora 18,00, temperatura normală nu se ridică mai mult de 37,5°C. Pentru luarea orală sau axilară a temperaturii, din aceste valori se poate scădea 0,5–1°C; aceste metode de măsurare nu sunt de încredere. Pe curba zilnică minima sa află între orele 2 și 4 noaptea, iar maxima, între 6 și 8 seara. Există o înclinare puternică a medicului să considere ridicarea temperaturii corporale la un pacient ca fiind expresia unor boli infecțioase; fie și numai prin frecvența de apariție a bolilor infecțioase (în comparație cu alte boli), această tendință este legitimă. Dar în principiu, orice afecțiune care se poate asocia cu deteriorarea țesutului, cauzează ridicarea temperaturii corpului.

Teoria asupra apariției temperaturii s-a schimbat mult în ultimele decenii[4]. Inițial, leucocitele care devin activate au fost indicate ca sursă a febrei, prin intermediul producției de peptite endogene, apoi pirogenele endogene și pirogenele leucocitale s-au corelat, s-au considerat legate de factorul activant de leucocite (FAL). Acestea nu au fost deosebite între ele. Mai târziu, numele s-a schimbat în Interleuchine 1. Sub influența pirogenelor ca viruși, bacterii și toxine, dar și în funcție de reacția imunologică, formarea de interleuchine 1 este stimulată de către macrofageni și celulele endoteele. Această interleuchină lucrează asupra celulelor endoteele ale hipotalamusului anterior, unde se eliberează prostaglandina E 2, ceea ce intervine asupra „termostatului" din hipotalamus.

Acest proces are loc în cazul următoarelor afecțiuni:

a Afecțiuni maligne ca de exemplu tumoare canceroasă la stomac sau pancreas (mai cu seamă dacă apar metastaze la ficat), boala lui Hodkin sau limfosarcom. Și leucemiile pot provoca temperatură.

b Afecțiuni metabolice acute, ca hipertiroidia, gută și porfiriurie. Dat fiind faptul că la bolile de mai sus, temperatura este adesea singurul simptom, diferențierea bolilor infecțioase poate fi foarte dificilă. Acesta este mai puțin cazul cu următoarele boli și afecțiuni, pentru că la acestea sunt prezente și alte simptome:

d Afecțiuni traumatice; contuzii grave ale părților moi sau fracturi.

e Afecțiuni vasculare, ca infarctul de inimă sau plămâni.

f Boli sau afecțiuni ale sistemului termoregulativ și ale hipotalamusului; acestea pot aduce cu ele atât hiper- cât și hipotermie. Acesta poate fi cazul cu leziuni cerebrale ca urmare a unei hemoragii, tumori sau infecții. De aseme-

Scanned with OKEN Scanner

nea, intervenirea morții la temperatura de 41°C sau peste, este de considerat tot ca o deregularizare cerebrală.

g Expunerea la căldură exterioară, insolații, pot cauza ridicarea până la 42°C a temperaturii. La arsuri, poate de asemenea apărea o ridicare a temperaturii.

h Prin folosirea anumitor medicamente atropinice se poate inhiba sistemul termostatic, ceea ce face să se ridice temperatura.

i La pacienții cu suferințe funcționale poate apărea o ridicare a temperaturii (deși rar), fără a fi prezente cauze fizice ale acesteia. Diagnosticul trebuie să fie stabilit cu precauție.

Medicul trebuie să fie sigur că temperatura a fost măsurată corect; termometrul trebuie să funcționeze corect, iar temperatura nu trebuie luată imediat după un efort corporal al pacientului; aceasta poate crește vizibil. Uneori se întâmplă ca termometrul să fie făcut să se ridice sub apă caldă. Uneori aceasta se întâmplă dacă este nevoie de temperatură pentru a se sustrage de la ceva (boala de școală!). În caz de dubiu, medicul de familie trebuie să ia el singur temperatura (chiar dacă aceasta trebuie să fie o formă a încrederii în pacient și în cei din jurul lui).

Temperatura se poate asocia cu durere de cap vasculară, cu durere în mușchi, articulații și cartilagii. Nu este totuși pe deplin clar dacă aceste semne sunt urmarea directă a temperaturii sau a cauzei temperaturii, de exemplu, un virus. Unii pacienți pot observa singuri, cu exactitate, dacă au temperatură, alții nu au această capacitate.

La febră foarte ridicată, poate apărea o stare delirantă. Atunci când nu acesta este cazul, sau atunci când starea delirantă se dezvoltă după o fază acută, atunci trebuie să se ia în considerare procese cerebrale.

Temperatura nu este periculoasă în sine; numai o hiperpirexie mai mare de 42°C ca urmare a unei insolații sau după o operație, poate pune în pericol viața. La copiii sub doisprezece ani, sistemul termoregulator nu este optim. Ca urmare a unui joc agitat sau unor eforturi, temperatura lor poate crește ușor, ceea ce alarmează multe mame. De asemenea, după restabilirea, însănătoșirea după o boală febrilă, se poate observa la copii o perioadă cu temperaturi subfebrile (în jur de 37,7°C), care poate dura câteva săptămâni. Aceasta poate, în ultimă instanță, solicita îngrijire și atenție atât din partea mamei cât și a medicului de familie. Totuși, este mai folositor să se sfătuiască mama, atunci când copilul a fost declarat sănătos – după confirmarea dată de analizele de laborator și examenul corporal – să se comporte ca atare, și nu ca și cum copilul ar fi încă bolnav. O anumită termomobilitate, care poate duce până la stări subfebrile, poate apărea uneori și la persoanele vârstnice. După unele perioade cu temperatutră se pot observa hipotermii temporare. Acestea nu au o semnificație ulterioară.

STĂRILE GRIPALE

Temperatura forțează pe medicul care tratează să efectueze o cercetare pentru descoperirea cauzei acesteia. El nu va reuși într-o serie de cazuri. Atunci

Scanned with OKEN Scanner

este de datoria lui să facă o deosebire între stările de boală care reclamă un tratament simptomatic și stări pentru care este necesară o terapie mai specifică. Așa cum rezultă din practică, medicul de familie deosebește, într-o primă instanță, între infecții virale, de genul gripei și alte stări de boală. Cu excepția unor cazuri ieșite din comun, stările gripale nu necesită alt tratament decât șederea la pat pentru câteva zile și combaterea simptomelor prin care se manifestă; în celelalte cazuri, linia de conduită ce trebuie adoptată pentru celelalte boli depinde de natura acestora. Stările gripale se aseamănă cu alte stări de boală atât de mult și de des, încât se poate vorbi, pe drept, de o ambivalență.

Pentru a evita greșeala, vom evita să diagnosticăm complet, în astfel de cazuri, gripa, pentru că, în fapt, aceasta nu constituie o entitate de diagnosticare: există diferite tablouri clinice care, toate, sunt cauzate de diferiți agenți virali, și care, toate, sunt numite astfel gripă (vezi nota 1).

Cu unele excepții, medicul de familie trebuie să se bazaze în diagnosticare pe evaluarea tabloului clinic; numai în puține cazuri, siguranța în diagnosticare a naturii agentului îi va fi dată de anumite simptome. Numai rareori va cere medicul de familie determinarea virusului care provoacă boala prin intermediul incubării pentru că acesta nu are niciodată consecințe terapeutice (cauza renunțării la această analiză este și faptul că rezultatul ei vine exact după ce pacientul s-a restabilit). Dacă medicii de familie întreprind totuși astfel de cercetări, aceasta este pentru că fie este vorba de interesul lor științific, fie participă la culegerea de date pentru centrele statistice de prognoză. Uneori, un anumit virus poate avea evoluții epidemice, ceea ce poate reieși numai dacă se fac astfel de cercetări.

În categoria stărilor gripale se pot insera bine trei feluri de tablouri clinice recunoscute:

a *Afecțiunea respiratorie acută*. Boala este caracterizată de un început relativ acut cu semne de sindrom premergător nespecific. Pacientul se plânge și de dureri în membre. Temperatura se poate ridica relativ mult, până la 40°C rectal; în câteva zile această stare se ameliorează, iar într-o săptămână are loc restabilirea. Suferințele sunt concentrate mai ales la căile respiratorii superioare: durere în gât, mai ales la înghițit, tuse în reprize, uscată, cu puține expectorații albe, salivă închegată, uneori chiar puțin răgușit. Pacientul are nasul înfundat. La consult, se găsește des roșeață pe peretele faringeal și pe bolta gurii. Membranele mucoasei sunt ușor inflamate. Glandele submandibulare sunt ușor inflamate și dureroase la palpare. Analizele sângelui relevă, în unele cazuri, o ridicare moderată a vitezei de sedimentare, combinată cu o leucocitoză care indică o leucopenie. Agentul bolii poate fi un adenovirus, dar și alți viruși: virusul sincitial respirator, virusul de parainfluența, virusul Coxsackie, virusul ECHO etc. Adenovirusul apare mai ales iarna în epidemii; vara, el cauzează epidemii mai puțin răspândite. Acesta este câteodată combinat cu o conjunctivită (febra faringoconjunctivală). Celelalte virusuri cauzează mai ales mici epidemii de „gripe de vară".

b *Răceala nasului*. Pacientul este în general mai puțin bolnav decât în cazul afecțiunii respiratorii acute. În afara semnelor sindromului premergător

Scanned with OKEN Scanner

nespecific, apare și o ușoară durere în gât. A doua zi apare o rinită foarte puternică, cu secreții mai întâi apoase, iar apoi ușor purulente. Agentul este de cele mai multe ori un rinovirus, dar boala poate fi provocată și de paravirusul influenței, virusul sincitial respirator etc. La investigare se găsesc numai semne ale unei rinite, iar în unele cazuri și gât roșu. Mai rar, se constată ridicarea moderată a vitezei de sedimentare. Restabilirea are loc în câteva zile.

c *Influenza*. După un timp de incubare de până la trei zile, pacientul se îmbolnăvește brusc; influenza începe adesea cu frisoane reci, apoi cu semne ale sindromului premergător nespecific și temporar cu dureri de cap puternice, vasomotorii, frontale. Durerea este indicată și retro-orbital. Pacientul se plânge de dureri mari în membre și dorsă. Temperatura este adesea ridicată și poate rămâne astfel o săptămână. Pacientul poate deveni foarte bolnav și se poate simți epuizat. Suferințe ale căilor respiratorii superioare sunt mai puțin indicate decât în cazurile descrise la **a** și **b**. Pacientul tușește mult și are nasul înfundat, dar gâtul roșu este mai puțin frecvent; adesea el se plânge de durere în piept. La investigare se găsesc puține anormalități; pacientul face însă impresia de suferind de boală grea: el se simte sfârșit, pielea este uscată, iar fața este roșie. Agentul provocator de influenza se manifestă de obicei în epidemii, dar poate apărea și sporadic; în cazul din urmă, pacientul devine mai puțin bolnav. Gravitatea influenzei este schimbătoare.

Notorii au fost epidemiile din 1918/1919 cu virusul influenza-A/de tipul, asemănător Swine, și cea din 1957–1958 cu virusul A_2, care au făcut victime mai ales în rândul copiilor și bătrânilor. Mai ales pacienții expuși la un risc ridicat al infecției căilor respiratorii par să fie victime sigure. În prezent, prin intermediul organizațiilor mondiale ale sănătății se fac informări asupra dezvoltării, răspândirii epidemiilor și a tipului agentului viral. La începutul unei epidemii, aproape toți pacienții au aceleași simptome. Apoi intervin deosebirile asupra cărora medicii trebuie să fie informați, pentru că ele atrag complicații.

SEMNELE DE APARIȚIE A INFECȚIILOR VIRALE

Termenii de „gripă" și „influenza" sunt rezervați afecțiunilor virale, care, în principiu, sunt boli „auto-limitative", de natură negravă. Aceste diagnostice pot fi stabilite numai dacă investigarea corporală nu relevă decât anormalități, schimbări ușoare: ridicarea temperaturii, gât roșu, o ușoară inflamare a glandelor submandibulare. Mai există și semne care apar în cazuri de infecții virale și care fac parte din formele negrave. Alături de acestea, se pot găsi tablouri de boală care sunt tot de natură virală, dar care pot avea o evoluție cu mult mai gravă. Unele semne de boală sunt cauzate în mod particular de anumiți viruși, altele se manifestă în legătură cu sensibilitatea, predispoziția pacientului. Mai jos, vom da exemple de tablouri clinice din ambele categorii. La introducerea acestor tablouri nu s-a ținut seama de virusul care a cauzat infecția.

Scanned with OKEN Scanner

Semne de boală în principiu ușoare, negrave

a Am arătat mai înainte că forme de „gripe de vară" atrag după ele o conjunctivită (cauzată, între altele, de un adenovirus). Molipsirea se face mai ales prin apa bazinelor de înot. Adesea, pacienții suferă de o inflamare glandulară preauriculară. Durerile și suferințele nu durează, de cele mai multe ori, mai mult de o săptămână.

Mai ales la copii, se pot depista bubițe de herpes în gură și pe bolta gurii, și anume pe vela palatină; acestea trebuie deosebite de stomatita aftoasă. Acestea sunt ușor de spart la apăsare, ele constau mai ales dintr-o mică zonă roșie cu un centru gri deschis, de câțiva milimetri. Copiii se plâng de durere la înghițit (cauzată, între altele, de Coxsackievirus), care dispare în câteva zile. Adesea, pacientul este puternic bolnav, are febră mare și vomită.

c Uneori, un virus poate provoca și o *enantemă* sau o *stomatită*. Membrana mucoasă a bolții bucale este roșie, inflamată și dureroasă.

d La infecțiile virale poate apărea uneori o *exantemă* constând din pete mici, maculopapilare, roz-roșii (mai ales la infecții cauzate de un enterovirus), care încep mai ales pe față și apoi se răspândește pe piept. Uneori, acestea pot fi observate și pe extremități, inclusiv pe mâini și labele picioarelor. Ea poate persista până la cinci zile. Poate fi vorba de o exantemă subită dar, spre deosebire de aceasta, exantema virală poate apărea la toate vârstele. Ea se poate asemăna cu exantema de la pojar sau rubeolă.

e *Semne gastro-intestinale* se manifestă în mai mică măsură – anorexie – în general, dar uneori ele pot lua forme grele: vome și diaree; o stare gripală poate presupune chiar și semne de gastrită. Manifestările gastro-intestinale pot rămâne cu totul pe fundal (diareea de vară). Totuși, se va lua în seamă și posibilitatea unei salmoneloze.

f *Mialgia epidemică acută* (boala lui Bormholm) este o infecție (Coxsackie) care începe acut, cu durere puternică mai ales în piept, dar și în abdomen. Cauza acesteia este o afecțiune a sistemului mușchilor striați. La formele toracice, poate provoca sufocare. Tabloul se aseamănă cu cel al unei pleurezii sau embolii; la formele abdominale se manifestă cu tensionarea mușchilor astfel că se ajunge la diagnosticarea de abdomen acut. Prognoza este bună, boala durează 3–14 zile și poate antrena epidemii. Atinsă este mai ales diafragma; durerea mai mare este indicată pe locul joncțiunii.

g *Febră convulsivă, convulsii febrile*. Aproape patru procente dintre copii au avut o dată o febră convulsivă. Aceasta apare mai ales dacă febra se instalează repede. Uneori, convulsia este singurul semn de dezvoltarea a unei febre. Convulsiile febrile nu cauzează deteriorări ale creierului, iar prognoza este bună. Pentru părinți, aceasta este o manifestare care îi sperie mult. Dacă este vorba de o recidivare, atunci există riscul unei predispoziții familiale la convulsii fie chiar și în absența temperaturii. Febra convulsivă nu poate fi prevenită prin mijloace antifebrile.

La convulsie, este important să se mențină libere căile respiratorii. Diazepam, 5 mg rectal, ajută la prevenirea unui atac. Aceeași doză poate fi repetată încă o dată. Dacă aceasta nu are nici un efect, o internare de urgență

Scanned with OKEN Scanner

este necesară. Aceasta reclamă considerarea unei infecții la cap, drept pentru care este cercetată posibilitatea unei meningite.

Semne de boală în principiu grave

a Mai ales la copiii mici, o infecție virală nu se limitează numai la căile respiratorii superioare; ele pot fi urmate de o bronșită, bronșiolită sau bronhopneumonie. Gravitatea stării poate fi dedusă mai întâi de aspectul de boală grea al pacientului și mai ales de măsura în care el se sufocă. Aproape întotdeauna este necesară internarea în spital. Trebuie să se realizeze foarte bine că letalitatea este foarte mare la sugari.

b Într-un număr relativ mare de cazuri, pot apărea *semne de iritare, excitare meningeală*, mai ales la infecții cauzate de virusul ECHO sau virusul Coxsackie. Meningita virală se vindecă în general fără urmări, dar în unele cazuri, se suferă mult timp (de dureri de cap). Esențială este diagnosticarea diferențială cu privire la deosebirea de o meningită bacteriană. Despre urmărirea, asistarea acesteia, vom reveni.

c Un mare număr de virusuri pot cauza encefalite. La sugari, aceasta se manifestă prin febră ridicată și convulsii; la copiii mai mari și adulți, semnele acesteia sunt febră mare, greață, vomă și durere puternică de cap. Dacă pacientul este în deplinătatea facultăților mintale, diagnosticul trebuie stabilit cu semn de întrebare, când însă apar semne de cădere neurală a nervilor oculari (vedere dublă) sau alte manifestări confundabile neurologic, diagnosticul este cert. Această encefalită virală apare relativ rar, deși foarte probabil că unele forme ușoare sunt trecute cu vederea. Diagnosticarea probabilistă ulterioară a encefalitei se face dacă un pacient care a suferit de dureri puternice de cap se restabilește prea lent. Dacă după o gripă, se instalează un sindrom hiperestetic-emoțional, atunci se poate considera că el a suferit și de o encefalită.

d Relativ rară este *miocardita virotică*; și această boală este uneori trecută cu vederea. Punctele de reper anamnetice pentru diagnostic sunt tulburări ale ritmului și semne de decompensare (pentru care trebuie luate în considerare vârsta și situația de viață de dinaintea bolii). În situații neclare, trebuie efectuat un examen cardiologic. Este vorba și aici de o refacere lentă după gripă, cu bradicardie și tensiune scăzută a sângelui. Acestea pot fi expresia unei tulburări neurovegetative (ca urmare a unei infecții virale) care poate dura relativ mult timp și reclamă convalescență îndelungată. Și pericardita mai poate apărea ca urmare a unei infecții virale.

e Foarte rar se poate întâlni un pacient care devine bolnav acut și, în câteva ore, cade în comă. Este vorba de un șoc vasomotor care, în ultimă instanță, este greu de combătut. Foarte probabil, un centru vasomotor cerebral este deteriorat de un virus. Medicul de familie este în medie confruntat o dată cu un astfel de tablou dramatic în cariera lui.

Durata bolii

Pacientul aflat într-o stare gripală se restabilește în general în 3–7 zile. Cu răceala comună, obișnuită el poate chiar munci; dacă se culcă mai devreme

Scanned with OKEN Scanner

câteva zile, aceasta este suficient ca să se refacă. Suferindul de afecțiune respiratorie acută sau influenza are nevoie cam de o săptămână de întrerupere a lucrului, mai ales dacă apar sau ca să se prevină complicații. S-a arătat mai sus că o miocardită sau encefalită (neobservate) pot încetini refacerea; un sindrom hiperestezic emoțional poate de asemenea îngreuna vindecarea. În sfârșit, în unele cazuri poate fi vorba de o evoluție atipică, prin care pacientul este suferind o perioadă de două săptămâni, are temperatură mare de tipul continuu (numită și forma tifoză). Nu apar anormalități organice, iar analizele de laborator nu indică ceva anormal, cu excepția unei ridicări a vitezei de sedimentare. Această situație, din fericire rară, îl pune pe medicul de familie în fața unor mari probleme: faptul că pacientul este bolnav îndelung are mult timp temperatură ridicată, se simte extenuat, ridică întrebarea dacă nu cumva este vorba de prezența unei alte cauze de boală. Medicul de familie se simte limitat în posibilitățile de diagnosticare și nu rareori este necesară, de neevitat, o internare (ceea ce solicită atenția familiei). În multe cazuri – deși în principiu, nu este corect – se încearcă mai întâi cu un antibiotic, ceea ce nu poate avea nici un rezultat la infecții virale. Se speră astfel de fapt depistarea unei eventuale infecții bacteriene, de exemplu o prenumonie centrală, care s-ar putea vindeca astfel. Nu de puține ori, o pneumonie virală nu se lasă depistată la examenul fizic, ci abia la examenul radiologic. Dacă vindecarea apare spontan, medicul nu va ști sigur dacă a fost vorba de o infecție virală sau de o altă cauză neobservată. Dacă vindecarea intervine după un tratament cu antibiotice, nu este mai sigur ce fel de natură a avut procesul de boală. Vindecarea este, cum se poate presupune într-o serie de cazuri, pusă pe seama antibioticului.

Infecții secundare

Pe baza infecției virale, căile respiratorii se pot resimți de pe urma unei infecții bacteriene. Aceasta se poate manifesta la 2 până la 4 zile de la începutul stării gripale, dar se poate manifesta chiar și de la început, astfel încât nu se poate vorbi sigur dacă este o infecție secundară sau o afecțiune bacteriană primară. Această diferențiere nu are consecințe practice prea mari pentru că ambele feluri de afecțiuni sunt tratate (de pildă, cu antibiotice) ca și cum ar fi determinate de infecția bacteriană.

Reconsiderea unei posibile infecții bacteriene a căilor respiratorii se poate baza pe următoarele:

Aspectul sputei. Dacă sputa (care a fost puțină cantitativ, incoloră sau albă) se schimbă la aspect și consistentă, acesta este semn sigur de infecție secundară. Dacă pacientul elimină o cantitate mai mare de spută și aceasta este verde sau gri, cel mai probabil este vorba de o infecție streptococică hemolitică. Dacă sputa devine mai ruginiu-brună la culoare (sputa rufa), atunci se va lua în considerare o infecție pneumococică, în timp ce sputa cu sângerări sau purulentă poate fi semnul unei infecții stafilococice. Acestea apar, din fericire, rar. Trebuie să se țină seama de posibilitatea unei infecții cu *Micoplasma pneumonală*; la această afecțiune, ca și la o infecție virală, se produce spută puțină, consistentă și albă.

Constatări clinice. Un caz poate fi acela al unui pacient care, după o însănătoșire, cade iar brusc bolnav, cu ridicarea puternică a temperaturii și

Scanned with OKEN Scanner

frisoane reci. Într-un astfel de caz, temperatura continuă să se ridice. Este necesară repetarea cercetării specifice. La o infecție stafilococică, pacientul este grav bolnav. Acesta este un tablou cu periculozitate pentru viață. Un tratament antibiotic temporal previne în general acest tablou pentru că – cu excepția pneumoniei stafilococice – nu ajunge să se dezvolte întregul tablou. În caz de infecție pneumococică, pot apărea manifestări de pleurită cum sunt dureri la inspirare și pe flancuri. În caz de infecție cu *Micoplasma pneumonală*, pacientul este mai puțin bolnav, el are rareori tremurături și frisoane, temperatura este în general scăzută, durerea de pleură este rară; tabloul se aseamănă mult cu cel al unei stări gripale.

La investigare se constată semne ca de bronșită, bronhopneumonie sau pneumonie lobară, cea din urmă, mai ales în cazuri de infecții pneumococice. Dacă infecția căilor respiratorii este cauzată de *Mycoplasma pneumonală*, atunci semnele fizice sunt adesea relativ slabe. Ca și în cazul pneumoniei virale, și aici poate exista o mare disproporție între semnele constatate la investigarea corporală și cele constatate la examenul röntgen. Diagnosticul se stabilește, de aceea, post factum, dacă examenul röntgen are loc după faza acută (de exemplu, la tuse cu înecăciuni sau refacere prea lentă).

Numeroase alte infecții secundare ale căilor respiratorii sunt posibile, dar, pentru că acestea apar foarte rar, le vom lăsa în afara descrierii. De asemenea, nu vom insista asupra apariției bronșitei ramificațiilor bronhiilor, abcesului la plămâni sau alte afecțiuni. Pacientul cu astfel de boli trece în tratamentul specialistului. Tot astfel, nu ne vom ocupa de alte infecții virale din seria celor descrise, ca de pildă, psitacozis.

Pacienți cu risc ridicat din punctul de vedere al infecțiilor căilor respiratorii

O serie de pacienți sunt mai expuși riscului la infecții ale căilor respiratorii, și mai ales la riscul de a face infecții secundare. Din această categorie fac parte cei necesitând profilaxie contra influenzei. Acești pacienți sunt, în general vorbind, cei suferind de insuficiență sau diminuarea funcției inimii sau plămânilor, pacienți sensibili la infecții și pacienți care sunt mai puțin rezistenți la infecții. Se pot distinge următoarele categorii:

a Pacienți cu afecțiuni cronice cardiovasculare sau cu hipertensiune. La acești pacienți, fluxul pulmonar mărește riscul la pneumonie (pe deasupra, miocardul este mai expus riscului provocat de deteriorări toxice).

b Suferinzii de afecțiuni cronice ale căilor respiratorii, adică pacienții de ARCA (afecțiune respiratorie cronică aspecifică). Dacă este deja prezentă o floră bacteriană, riscul la o infecție secundară este cu mult mai mare. Acesta poate fi cazul cu suferinzii de bronșite, emfizem sau bronșite ale ramificațiilor capilare bronșice.

c Pacienții care au suferit o lobectomie sau pneumectomie.

d Pacienții cu fibroză de pancreas sunt mai expuși riscului la infecții cronice ale căilor respiratorii, bronșite ale capilarelor bronșitice sau fibroză pulmonară.

e Suferinzi de afecțiuni neurologiec care presupun o diminuare a funcției respiratorii.

Scanned with OKEN Scanner

f Pacienții cu malformații ale toracelui care duc la o diminuare a funcției respiratorii.

g Purtători de stafilococi sau membri ai familiei acestora, de exemplu, suferinzi de furuncule, sau blefatite. Aceste infecții sunt adesea greu de combătut. Dat fiind faptul că pneumonia stafilococică are adesea un curs letal, atenția acordată suferinzilor de astfel de infecții de familie trebuie să fie foarte mare.

h Diabeticii sunt expuși unui risc mai mare, deoarece o infecție poate decompensa un diabet, în timp ce un diabet rebel aduce cu sine riscul mai mare la infecții.

i Persoanele foarte bătrâne au o funcție diminuată a inimii și plămânilor, iar rezistența lor la infecții este deja mai mică.

Faptul dacă gravidele sunt expuse unui risc mai mare, este o chestiune discutabilă.

O atenție deosebită este cerută de tumoarea canceroasă bronșică ce poate conduce la apariția repetată de infecții ale căilor respiratorii. Pentru persoanele mai expuse riscului la cancer bronhic (fumătorii de peste 40 de ani), trebuie lărgită investigarea mai cu seamă dacă reiese că acestea au suferit în repetate rânduri de infecții ale căilor respiratorii. O cercetare lărgită este indicată mai ales dacă sunt prezente cele mai mici semne ce indică posibilitatea unei tumori canceroase (cum este, de exemplu, analiza urmelor sângeroase din spută).

ALTE CÂTEVA BOLI CARE POT ÎNCEPE CU UN SINDROM NESPECIFIC PREMERGĂTOR

Este imposibil a se discuta toate bolile care debutează cu un sindrom prodromal nespecific. Se vor discuta deci în acest paragaf numai acele semne premergătoare care se manifestă relativ mai frecvent; cu toate că ne vom ocupa și de unele boli care apar rar, dar sunt mai grave, și care, prin consecințele lor trebuie să facă obiectul unui diagnostic diferențial.

Boli pe fundalul cărora stau suferințe ale gâtului

Durerea în gât, la înghițire, și roșeața în gât se manifestă mai cu seamă în stările gripale, dar ele pot apărea, în practică, și la alte boli. Distingerea acestor boli este deci mai dificilă. Se va vorbi deci în continuare despre unele din aceste boli: amigdalita acută, mononucleoza infecțioasă, angina lui Plaut-Vincent, leucemia și agranulocitoza.

Amigdalita acută. Inflamarea infecțioasă a gâtului și împrejurimilor apare foarte des. J. Fry[5] a stabilit, analizând situația acestei boli în practica sa de medic de familie din Anglia, că 51% din cazurile de amigdalită acută au fost provocate de activarea în gât a streptococilor hemolitici. El a considerat ca posibil ca în 46% din cazurile de infecții în gât originea lor să fi fost virală.

Studiul Național (1991) oferă următoarele date recente în acest sens:

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 15–3.
Incidența infecțiilor în gât în practica medicului de familie, la 1 000 pacienți, pe trei luni. (După Sudiul Național)

suferința sau simptomul	toate	vârsta 0–4	5–14	15–24	25–44	45–64	65–74	+75
infec. căi respiratorii super.	31	106	33	31	26	21	20	15
amigdalită acută	6	20	11	7	5	3	1	1
dureri/simptome în gât	1	1	1	2	1	1	1	1

S-au mai înregistrat, în afara celor din tabelul 15–3, și alte dureri/simptome în gât și infecții streptococice, dar cifrele erau prea mici pentru a le mai menționa.

Pe de altă parte, Bots[6] a efectuat și el o cercetare asupra infecțiilor din gât. El a luat în cercetare pacienții mai vârstnici de șase ani și care aveau următoarele semne: a durere la înghițit, b înroșirea amigdalelor, sau, în absența amigdalelor, a țesutului limfoidal din faringe, c prezența unei rinoree, laringite sau bronșite. La 69,9% din 342 de pacienți înregistrați s-au depistat streptococi ß-hemolitici. Nu este exclus ca procentajele găsite de Fry și Bots să fie prea scăzute; agenții pot da rezultate negative ale analizelor.

Amigdalita acută începe adesea brusc, cu febră mare, frisoane reci, durere de cap și gât; la copii apare des și cu greață și vome. Pofta de mâncare dispare. Durerea din gât radiază spre umeri astfel că mișcarea capului este dureroasă. Mai pot apărea înecăciuni, nas înfundat și tuse uscată. Bolnavul trece, în general, de punctul culminant după două sau trei zile, după care temperatura scade litic, suferințele se diminuează, iar refacerea intervine după o săptămână. Din această descriere reiese că această suferință se aseamănă mult cu cea din starea gripală. Și manifestările corporale se pot asemăna deși sunt totuși deosebiri de grad: la amigdalita acută, peretele posterior al faringelui este roșu și inflamat, ca și velva palatinală (roșeața și inflamarea se găsesc mai ales în jurul amigdalelor); de asemenea, uvula este adesea udematoasă. La amigdale se văd des puncte albe; relativ caracteristic este exudatul alb-gri sau galben de pe amigdale și peretele faringeal, care pot fi îndepărtate fără dificultate și fără ca să fie antrenate sângerări. Glandele limfoide cervicale, mai ales cele submandibulare, sunt puternic inflamate și dureroase. Pe baza acestui tablou clinic se poate stabili numai un diagnostic probabil, pentru că nu presupune certitudine. Constatările lui Bots sunt ilustrative din acest punct de vedere. Rezultă astfel că nu există deosebiri între semnele unei infecții în gât cauzat de streptococi și cele necauzate de streptococi. Se poate totuși con-

Scanned with OKEN Scanner

cluziona că prezența exudatului este cu deosebire indicativ pentru o infecție streptococică. Diagnosticul se poate baza aproape numai pe tabloul sângelui alb. La o infecție streptococică, numărul leucocitelor crește la peste 12 000; la o infecție virală, acesta va fi numai rareori cazul.

Scarlatina (Scarlet fever). Infecția streptococică se manifestă, într-o serie de cazuri, ca o scarlatină. Remarcabil este că această boală tot mai rară, nu apare menționată nici în IPCC (International Classification of Primary Care). Boala se manifestă prin semnele descrise deja, plus o exantemă și o enantemă. Gâtul și bolta gurii au o culoare roșiatică (zmeurie); mucoasa bucală este adesea inflamată. După a cincea zi, are loc o descuamare care se manifestă prin pete albe în gură; limba este cuprinsă, punctul și marginile lui sunt roșu-foc, iar papilele inflamate. Dacă descoamarea cuprinde și limba, aceasta capătă aspectul caracteristic de „limbă-căpșună". Pentru stabilirea diagnosticului nu trebuie așteptat până apar toate aceste semne. Exantema are o culoare deschisă până la închisă. Pielea este roșie în întregime, iar foliațiile sunt ceva inflamate astfel că apare pielea de găină. Exantema dispare la apăsare. Pot apărea puncte de sângerare la cot sau subraț. Caracteristic scarlatinei este faptul că zona din jurul gurii rămâne mai ales liberă de exantemă. Chiar mai caracteristice sunt descuamările de pe mâini și labele picioarelor, care apar la una până la trei săptămâni de la începutul bolii.

Dacă există semne asemănătoare probabile între amigdalită și scarlatină, atunci diferența constă în existența de sută la sută a cauzei infecțioase, și anume cu streptococi hemolitici ß.

Tratamentul infecțiilor streptococice

Deși infecțiile streptococice sunt, în principiu, autolimitative, există totuși un număr de cazuri care cer un tratament cu antibiotice. Medicul de familie face tentativa aceasta des în practică: dacă medicul de familie este de părere că pentru a evita ca pacientul să devină foarte bolnav este bine de administrat antibiotice la infecții streptococice, atunci el va prescrie un antibiotic cu spectru larg; dacă nu, atunci el se va limita la un tratament simptomatic. Antibioticele sunt prescrise și dacă boala se prelungește. Mai sunt însă și alte aspecte care sunt luate în calcul: se va prescrie sau nu penicilină.

Cu ajutorul unui test, așa-numitul „streptest (dungat)", prin analiza unui eșantion din gât, medicul de familie poate determina într-o oră dacă este vorba sau nu de pacient din grupa A a streptococilor hemolitici ß. Sensibilitatea și specificitatea acestui test sunt ridicate (cu privire la incubare): adică de 85–98%[7]. Problema este însă că prin acest test nu se poate deosebi un pacient care este numai purtător de unul care este îmbolnăvit. Purtătorii pot depozita streptococii în gâtul lor fără a fi bolnavi.

Numai testul pozitiv împreună cu tabloul de boală al scarlatinei formează o indicație pentru terapia cu antibiotice. Pacienții care au făcut o glomerulonefrită sau un reumatism poliarticular acut sunt primii tratați astfel.

Scanned with OKEN Scanner

Mononucleoza infecțioasă (boala lui Pfeiffer, febra glandei). O boală foarte puțin frecventă care se asociază cu durere în gât și temperatură este mononucleoza infecțioasă. Această boală nu se manifestă în epidemii, ci mai cu seamă sporadic. Ea este dată de contacte directe la școală, dar mai ales în familie. Boala este în mică măsură molipsitoare și apare cu deosebire la tineri. Agentul ei este virusul Epstein-Barr.

După o perioadă de moleșeală, oboseală și neodihnă, pacientul capătă semnele sindromului nespecific premergător. Temperatura nu este prea ridicată, uneori atinge 40°C. La consult se găsește o faringită cu un edem moderat, deseori de natură foliculară. Glandele submandibulare și cervicale sunt inflamate, o dată cu glandele din lungul membranei sternocleidomastoidoze. (Inflamarea celei din urmă este semnul cel mai sigur al bolii.) Tusea este absentă. Pe baza acestui tablou de boală, se stabilește de multe ori gripă, dar dacă boala se prelungește mai mult de câteva zile, diagnosticul nu mai este corect. Punctele de reper din anamneză indică necesitatea de a diagnostica mononucleoza infecțioasă. Dacă există o materie gri pe peretele farinxului, glandele (și glandele limfatice axilare și inghinale) sunt inflamate, iar la palpare, se simte splina mărită, atunci trebuie să se considere acest diagnostic. Aceste din urmă manifestări nu sunt prezente însă mult timp: adesea mărirea splinei nu se poate constata; exudatul poate de asemenea lipsi. Boala poate evolua iar ușor.

Pacientul poate avea semne de icter iar o cercetare de rutină a funcțiilor ficatului indică semne ale unei ușoare hepatite. Mai poate apărea o enantemă de forma unor gămălii de ac, cu furnicături, pete roșii care sunt localizate mai ales pe bolta gurii. Uneori se instalează o exantemă trecătoare; dacă se administrează ampicilină la un pacient cu mononucleoză infecțioasă, în 70% din cazuri, exantema se retrage. Acest fapt este foarte caracteristic pentru febra glandei (ampicilina nu este deci de administrat). La analiza sângelui se constată o relativă limfocitoză; limfocitele dovedesc parțial o structură atipică (mari, incomplet dezvoltate și cu vacuole).

Diagnosticul poate fi confirmat cu ajutorul reacției Paul-Bunnell. Aceasta este, după o săptămână, pozitivă în 50% din cazuri, iar după a doua săptămână, în 90% din cazuri. Medicul de familie poate efectua în propria lui practică un test de identificare: Monosticonul. Ambele teste au o mare sensibilitate: 80–90%, iar specificitatea este de cca 90% (Monosticon) sau 98% (Paul-Bunnell). Dacă probabilitatea bolii este foarte scăzută, Monosticon poate da rezultat fals-pozitiv.

Perioada bolii este de trei săptămâni în șir, după care urmează o convalescență de luni de zile.

Pot apare remisii din cauza cărora convalescența poate dura multe luni de zile. Nu există un tratament specific, boala se retrage spontan.

Mononucleoza infecțioasă trebuie deosebită cu grijă de toxoplasmoza care are un tablou clinic de același fel.

Angina lui Plaut-Vincent. Această boală apare prin infectarea combinată cu bacterii fuziforme și spirochete.

Aprinderea apare brusc, cu dureri mari la înghițire, gust rău și temperatură. Amigdalele și zonele din jur sunt roșii, inflamate și acoperite cu o

Scanned with OKEN Scanner

substanță gri, ceea ce provoacă ulcerații. Exudatul poate fi îndepărtat prin badijonaj. Glandele regionale sunt inflamate în mod obișnuit. Caracteristic este faptul că tulburările încep mai ales unilateral, iar numai apoi se întind bilateral. Pacientul are relativ puțină durere, dar tabloul gâtului arată că este de așteptat multă durere. Există o leucocitoză. Angina se asociază, într-o serie de cazuri, cu o gingivită acut ulceroasă, care este cauzată de același agent: gingiile sunt acoperite cu un exudat gri, în același timp cu apariția de necroze ale papilelor. Mucoasa bucală sângerează repede la atingere. Gingivita poate apărea și fără semne ale anginei. Pentru cazurile mai grave se introduce un tratament antibacterian, pentru cele mai ușoare, este suficient un tratament local. Afecțiunea se manifestă foarte rar.

Leucemia și agranulocitoza. Ambele afecțiuni apar extrem de rar în practica medicului de familie, dar trebuie ținut mereu seama de ele în legătură cu gravitatea lor. Ambele afecțiuni se pot manifesta, alături de numeroase alte semne, prin anormalități în gură și bolta gâtului la care sunt vizibile leziuni ulceroase și sângeroase. Acestea pot apărea în faringe, dar și pe gingii, buze, bolta gurii și mucoasa obrajilor. Dacă se consideră probabilă una din aceste boli, atunci analiza sângelui și trimiterea la specialist trebuie să se facă de urgență.

Anormalități în faringe pot apărea în cazul a numeroase boli. Din acestea fac parte, între altele, *difteria* (care, de la introducerea vaccinației, nu mai apare, practic, în Olanda; tabloul acesteia este foarte asemănător cu cel al gâtului unui copil, o zi după extracția amigdalelor), *sifilisul primar, secundar sau terțiar, tuberculoză, tumoare canceroasă, limfosarcom și pemfigus.*

„Boli de copii" molipsitoare.

Câteva din „bolile copiilor" pot debuta cu un sindrom premergător aspecific. Acestea sunt mai ales pojarul (pojarurile), exantema subită și rubeola. Alte boli ale copiilor, ca vărsatul de vânt sau eritema infecțioasă, nu se combină niciodată cu semne premergătoare, ci abia după îmbolnăvire se lasă observabile în mod direct semnele bolilor respective. În Olanda există un program larg de efectuare a vaccinării (contra difteriei, tusei convulsive, poliomielitei, tetanusului, pojarului și rubeolei), astfel că aceste boli apar numai extrem de rar. Cu toate acestea, ne vom ocupa puțin de ele.

Rujeola (morbilli, measles). Această boală nu se mai întâlnește în țara noastră; efectuarea ei aduce o imunitate pe viață. Copilul nu face deci de două ori pojar în viața lui, deși ea poate fi diagnosticată în practică cel puțin încă o dată. Dacă se întâmplă astfel, atunci una din cele două infecții este cauzată de un alt virus. Hoevenaars[8] descrie că, la oraș, 95% din copii au avut pojar înainte de vârsta de șase ani. La copii mai mici de șase luni, boala este extrem de rară și atunci este cauzată de prezența unor anticorpi (ca urmare a infecției făcute de mamă). Datorită vaccinării, tabloul tipic al pojarului s-a schimbat

Scanned with OKEN Scanner

foarte mult. Pojarul are un timp de incubare de 10–11 zile. O perioadă premergătoare de 2–4 zile se caracterizează prin temperatură, o stare generală de boală, durere în gât și anormalități catarale ale căilor respiratorii superioare și conjunctivită, ceea ce îl face asemănător gripei. Aspectul apos este cel care ne face să considerăm că un pojar este pe cale de apariție. La investigare se constată, în afara semnelor catarale, o ușoară inflamare a glandelor submandibulare, și la sfârșitul stadiului premergător, pete punctuale pe bolta gurii (puncte albe de mărimea gămăliei de ac pe pete ușor roșii, localizate mai ales pe mucoasa bucală a măselelor mandibulei superioare).

Confirmarea pojarului este susținută de date epidemiologice (apariția în familie, la școală, în vecinătate). Diagnosticul este adesea stabilit chiar de mamă. După câteva zile, temperatura scade, iar pacientul pare să fie mai bine. După aceea, temperatura se ridică puternic, iar exantema devine vizibilă; ea începe după urechi și se răspândește repede pe față, piept și spate, până cuprinde tot corpul. Aceasta este roz și maculată; apoi devine roșu închis, iar petele se întind astfel că apare un fel de grilaj pe piele. Pielea dintre pete rămâne albă. Exantema persistă 5–8 zile și dispare cam tot în atâtea. Temperatura scade litic. Uneori, apar semne de ușoară descuamare, iar pojarul se combină cu mâncărime. Conform lui Hoevenaars, complicații apar numai în 20% din cazuri (în principal, infecții ale căilor respiratorii inferioare, otite medii, uneori sinuzite, rareori encefalite sau meningite sau alte forme de infecții). Mai ales copiii la care sunt prezente și alte afecțiuni (ca o anomalie congenitală a inimii, mongoloidie sau afecțiuni ale sistemului nervos central) sunt mai mult expuși riscului la complicații.

O formă extrem de rară a pojarului poate fi letală prin forme hemoragice (pojarul albastru), care este identificabil prin sângerări și purpură. În sfârșit, se va menționa că la un suferind de tuberculoză pojarul poate cauza recidivarea acestei boli.

Exantema subită (roseola infantum, numită și a șasea boală). Această boala apare rar la sugari și la copiii foarte mici; la copiii de grădiniță, aceasta nu se mai poate întâlni. Nu există nici un curs epidemiologic cert.

Caracteristica principală este un debut acut cu temperatură care se poate ridica până la 41°C. Aceasta poate fi continuă, dar și intermitentă. Perioada cu febră se menține 3 până la 5 zile. La consult, nu se constată anormalități, în afara câtorva cazuri de gât roșu și de mărire a glandelor limfatice retroauriculare și cervicale.

Uneori sunt prezente semne de excitare ușor meningeală. Boala provoacă multă neliniște părinților. La un moment dat, temperatura scade brusc și, în același timp, sau scurt timp după aceea, apare vizibilă exantema care se aseamănă mult cu cea de rubeolă. Exantema rămâne limitată la trunchi. Nu apar complicații specifice. Analiza sângelui indică o ridicare posibilă a limfocitelor până la 95%.

Rubeola (rubella, German measles). Rubeola nu produce, în general, în cadrul bolilor acute cu temperatură, probleme de diagnosticare diferențială.

Scanned with OKEN Scanner

deoarece semnele premergătoare sunt atât de ușoare încât adesea nici nu sunt remarcate. Copilul este ceva mai molâu; temperatura este puțin ridicată. Uneori, se constată inflamarea dureroasă a glandelor occipitale și retro-auriculare. După câteva zile se instalează exantema maculoasă; mai întâi cu aspect roșu difuz, pe față, apoi direct, pe trunchi și membre. Contrar pojarului, această exantemă se dezvoltă în câteva ore. Complicațiile apar rar (encefalită, purpură trombocitopenică). De mare importanță este protejarea femeilor în primele trei luni de sarcină contra rubeolei pentru a preveni malformații ale fătului. Fetele sunt vaccinate, în prezent, la vârsta de unsprezece ani. Orice copil cu exantemă în împrejurimi provoacă panică.

Alte boli infecțioase

Toate bolile infecțioase pot debuta, în principiu, cu un sindrom nespecific prodromal. Este bine ca în practică acesta să fie cu grijă evaluat și considerat pentru că acesta apare relativ complet și poate induce în eroare prin caracterul lui vag de început al unor boli. Ne vom limita în principal la aceste feluri de boli.

Hepatita. Hepatita poate apărea din cauze foarte diferite: viruși, bacterii, substanțe toxice, abuzul de alcool sau medicamente. Din grupul virusurilor, se pot distinge următorii:

– HAV cauzează ceea ce mai înainte vreme se numea hepatita infecțioasă;
– HBV cauzează ceea ce înainte de numea hepatita serică/serum;
– HDV sau deltavirus. Cu aceasta nu se pot infecta pacienți care sunt deja infectați cu HBV (mai ales în jurul Mării Mediterane);
– HCV cauzează serumhepatita;
– HEV cauzează epidemii în locuri în care igiena este foarte proastă.

Pentru convenientă, vor fi redate în tabelul 15–4 caracteristicile diferitelor forme.

Important este că, înainte ca hepatita să devină manifestă, pacientul are adesea diverse semne premergătoare care, într-o serie de cazuri, sunt asemănătoare celor de gripă: adică temperatură care se poate ridica până la 40°C, tuse și răceala la nas (comună), ca și dureri în brațe și picioare. O senzație de moleșeală generală și oboseală apare foarte des.

Relativ des sunt prezente elemente anamnestice care indică posibilitatea unei hepatite infecțioase: pacientul se plânge de lipsa poftei de mâncare, mai ales grăsimile îi fac greață și sunt insuportabile, el se plânge de asemenea de greață, vome și senzația de balonare cu ușoară durere în epigastru; de asemenea, el nu mai are nici un chef să fumeze.

Dacă pacientul este investigat în acest stadiu, se constată numai o ușoară ridicare a temperaturii, un gât ușor roșu, durere la apăsare în epigastru, mai ales sub coastele din dreapta. Pe baza acestora, se stabilește de cele mai multe ori diagnosticul de gripă până apare prezent icterul: ca urmare a unei bilirubinurii, urina este brun închis, iar pielea tinde să se coloreze în galben, iar fecalele sunt decolorate, cu pete verzulii, ca de semafor.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 15–3.
Caracteristici ale hepatitelor A, B, C, D și E. (Sursa: SAN, Evidențe de laborator, Haarlem, 1992)

	tipul hepatitei				
	hep. A	hep. B	hep. C	hep. D	hep. E
sursa de contagiune	boală acută	boală acută purt. cronic de virus	boală acută purt. cronic de virus	boală acută purt. cronic de virus	boală acută
CONTAGIUNE:					
– de-a lungul căilor orale	m. ales	rareori	deloc?	deloc?	m. ales
– parenteral (produse de sânge)	rareori	m. ales	m. ales	m. ales	?
– alte substanțe lichide din corp	?	posibil	posibil	posibil	?
TIMP DE INCUBARE	2–6 săp.	1–6 luni	1–6 luni	1–13 săp.	3–6 săp.
DEBUTUL BOLII	m. ales acut	mai lent	mai lent	m. ales acut	m. ales acut
EVOLUȚIA HEPATITEI ACUTE:					
– icter	10%	15–20%	25%	altern.	+(%?)
– valori alternative ALAT (u/l) în cifre la 100	8–10	5–10+	3–10	?	?
– ALAT puternic fluctuant	nu	nu	da	?	?
– refacere completă	99%	90%	50%	posibil	95%
– purtător de virus	deloc	10%	50%	+	?
– devenire cronică	nu	10%	des	posibil	nu
– moarte ca urmare a infecției acute	0,2%	0,2–2%	1–2%	10–30% (la inf. cronice)	1–2% (20% la gravide)

În același timp, sclera devine galbenă și eventual și pielea și membranele mucoase. Dacă boala evoluează cu totul anicteric – iar aceasta se întâmplă temporar mai ales la copii – este posibil ca diagnosticul să nu fie pe deplin stabilit. Diagnosticul poate fi susținut de datele epidemiologice: aproape o treime din pacienți au avut înainte contact repetat cu un suferind de hepatită infecțioasă. Cazurile de curs anicteric al bolii pot forma canale de contagiune necunoscute. Molipsirea orală are în vedere mai ales fecalele. Acestea rămân contagioase foarte mult timp.

Scanned with OKEN Scanner

Infecția căilor urinare. Mai ales la copii, infecții ale căilor urinare pot apărea fără semne specifice. Acest lucru este valabil și pentru adulți, dar aceasta are în vedere mai ales infecții ale părților superioare: pielită sau pielonefrită. Pacientul indică durere spontană în zona membrelor și durere la apăsare sau lovire a lojei rinichilor – acestea sunt puncte de anamneză care conduc la diagnostic. În caz de afecțiuni preexistente (pietre la rinichi, anormalități congenitale ale rinichilor sau inhibări ale fluxului urinei), medicul de familie trebuie să ia în considerare acest diagnostic. Dacă acesta nu este sigur, se cade să se facă o analiza a urinei. La copiii mici cu temperatură, analiza urinei face parte din cercetarea de rutină.

Septicemia. Dacă un pacient face impresia de bolnav grav și are febră mare lung timp, trebuie să se ia în calcul diagnosticul de septicemie, mai ales dacă anamneza nu aduce clarificări în sensul altor diagnostice. Pacientul a avut de suferit adesea de o infecție de mai lungă sau scurtă durată (pneumonie, meningită, sinuzită, otită medie, apendicită, infecții ale căilor urinare, furuncul). Pacienții care au fost tratați cu corticosteroide sunt expuși riscului mare de a face septicemie.

Tabloul febril clasic este format de cursul remitent zilnic al temperaturii alternat cu episoade de ridicare a acesteia, combinat cu frisoane reci, care se schimbă, trec în perioade cu transpirație; evoluția temperaturii este foarte neregulată. O relativă accelerare bruscă apare adesea la caz de septicemie. Uneori se simte că splina este mărită, dar câteodată aceasta este dificil de palpat. La un curs extrem de acut, apar semne de șoc, care sunt deci specifice bolii. Apoi, pot fi înregistrate anormalități în multe organe. Cele mai evidente sunt anormalitățile pielii; cel mai des apare o exantemă hemoragică. Septicemia lentă, cauzată de *Streptococcus viridans*, are un curs foarte lent.

Infecții ale organelor și țesuturilor. Numeroase infecții locale se pot asocia cu relativ puține semne locale; accentul cade pe simptomatologia generală. După ceva timp apar și semnele locale, care clarifică diagnosticul. Atunci însă când aprinderea are loc la țesuturi din profunzime, este greu de stabilit diagnosticul. Astfel, o *perinefrită* localizată retroperineal, este cu deosebire dificil de diagnosticat; medicul nu merge mai departe de un diagnostic probabil. Uneori, singurul semn indicativ este o inflamare ușor dureroasă în zona membrelor inferioare, la nivelul rinichilor, alături de semnele generale de boală febrilă. Abia uneori apare și o supurare. De asemenea, un *abces la rinichi* poate fi înmagazinat mult timp deoarece anormalitățile din urină apar o dată cu perinefrita. Și o *prostatită* poate avea la început puține semne remarcabile. Un *abces subfrenic, un abces lombar sau ilical* se manifestă mai repede prin dureri locale. La caz de *meningită bacteriană*, pacientul manifestă foarte repede semne de excitare, iritare meningeală, dar acestea sunt greu de recunoscut la sugari. *Mastita puerperală* poate fi inițial foarte înșelătoare. Femeia are temperatură, durere de cap, senzație de moleșeală, nici o poftă de mâncare și dureri la sâni care, inițial, sunt de trecut la categoria de combustii, aprinderi. Numai atunci când apar semne locale de infecție

Scanned with OKEN Scanner

se poate stabili diagnosticul. În cazuri de *colecistită. pericolecistită. anexită. epididimită* și zeci de alte infecții există semne locale ale debutului pe fondul celor generale.

Deși *tuberculoza* se întâlnește foarte rar în țara noastră, în caz că pacientul suferă îndelung de temperatură, trebuie luată în considerare și această posibilitate; mai ales dacă pacientul vine dintr-o țară în care tuberculoza încă mai există (salariați străini). Același lucru este valabil și pentru *malarie*, mai cu seamă dacă nu au fost luate măsuri profilactice suficiente.

Boli neinfecțioase

Deși majoritatea cazurilor de boală, care debutează cu un sindrom premergător nespecific, sunt de origine virală sau bacterială, se cade ca medicul de familie să nu piardă din vedere că tabloul bolii poate fi generat de altceva. Când este vorba de boli care se manifestă, fundamental, prin dureri în gât, cauze ale tabloului gripal pot fi numite și *leucemia și agranulocitoza*. Sunt însă mai multe afecțiuni care pot debuta cu senzația generală de moleșeală, oboseală, dureri în membre și temperatură. Toate aceste boli reclamă deja trimiterea la specialist, fie și numai pentru confirmarea diagnosticului. Acestea sunt, între altele, următoarele boli:

Afecțiuni maligne. Mai ales sarcoame ale scheletului sau țesuturilor limfatice, hipernefroamele, boala lui Hodgkin, și tumori ale stomacului și pancreasului pot debuta cu sindromul nespecific premergător. Aparent, pacientul suferă de o gripă, până ce cursul bolii face să se manifeste și alte semne ale afecțiunii astfel că se ajunge la certitudine. Un mijloc ajutător poate fi ținerea unei evidențe stricte a temperaturii. Mai ales *metastazele de ficat* pot cauza temperaturi ridicate.

Artrita reumatoidă. Deși semnele inițiale ale acestei boli constau în dureri la articulații și cartilagii, în unele cazuri ea poate debuta cu ridicarea temperaturii, lipsa poftei de mâncare, moleșeală generală și dureri în membre; mai pot apărea chiar și măriri ale glandelor limfatice. După un timp mai scurt sau mai lung, se manifestă și semnele articulare.

Reumatismul poliarticular acut. Reumatismul acut este urmarea unei infecții cu streptococi hemolitici a căilor respiratorii superioare. Intervalul dintre această infecție și apariția reumatismului poliarticular acut variază între una până la șase săptămâni (dar mai ales, una și jumătate până la două săptămâni). Afecțiunea apare mai cu seamă la copii. De multe ori boala este confundabilă cu semnele de poliartrită, cardită sau chorea, dar în unele cazuri, boala debutează cu un tablou nespecific, cu dureri în membre și temperatură, fără ca anormalități ale articulațiilor, cartilagiilor să fie vizibile.

Lupus eritematos. Această boală de colagen se poate manifesta de manierele cele mai diferite pentru că ea poate atinge diferite organe. Adesea

Scanned with OKEN Scanner

ea este urmată de remisii. Evoluția poate fi însă foarte acută, cu temperatură, slăbiciune, somnolență și pierderi în greutate. Suferințele pot fi însă uneori atât de vagi încât, de multe ori, ne gândim la o tulburare funcțională. La caz de tablou de boală ciudat, de neînțeles, este bine să luăm în considerare și posibilitatea unui lupus eritromatos.

Periartrita nodoasă. Și această boală colagenă poate da un tablou bizar și ciudat. Semnele timpurii sunt adesea temperatura, oboseala, durerea de cap, durerea musculară, dureri în articulații, greața. Și această diagnoză poate fi ușor confundată și greșită.

Reacția la medicamente.

Foarte multe medicamente pot aduce cu ele o reacție alergică ce se combină cu: „febra medicamentului". Ridicarea temperaturii poate interveni direct după administrarea medicamentului, dar ea se poate dezvolta și numai la o săptămână. Adesea, febra medicamentoasă se asociază cu o exantemă. Problema este că multe medicamente, care tocmai la caz de gripă sau boli febrile se prescriu, pot cauza „drugfever", cum sunt acetosalicilice, laxativele, barbituricele, antibioticele și sulfonamidele. Temperatura este cauzată inițial de agentul bolii, lucru pentru care cea generată de reacția la medicament poate trece neobservată; medicul care tratează poate fi înșelat, astfel că el consideră uneori că o ridicare a dozei este necesară pentru combaterea febrei. Dacă semnele inițiale ale bolii dispar, iar medicul îndrăznește să întrerupă medicația, temperatura scade vizibil. De cele mai multe ori, aceasta se petrece foarte repede, dar uneori poate interveni numai la câteva zile.

Reiese deci că atunci când medicul de familie este chemat la un pacient care se simte bolnav, el trebuie să ia în considerare boli foarte diferite. În marea majoritate a cazurilor, este vorba de o boală care poate fi foarte neplăcută pentru pacient, dar care poate evolua către o refacere completă. Numai în foarte puține cazuri este vorba de o afecțiune gravă. Medicul de familie este confruntat cu datoria dificilă de a-și forma o opinie asupra bolii, adesea numai pe baza unor simptome inițiale vagi, astfel încât să se treacă la o urmărire, asistare eficientă a acesteia.

URMĂRIREA

Urmărirea de către medicul de familie este orientată astfel pentru ca:

a evaluarea măsurii îmbolnăvirii și gravității bolii să se facă cât mai repede posibil;

b să se stabilească pe cât posibil un diagnostic;

c să se decidă dacă este necesară instalarea unui tratament, și dacă da, care anume;

d să se hotărască dacă pacientul urmează să fie tratat acasă, de medicul de familie, sau dacă este necesară internarea în spital;

Scanned with OKEN Scanner

e să se poată da indicații pacientului și celor din jur asupra îngrijirii, alimentației, administrarea de lichide, izolarea, mobilizarea, reluarea lucrului și indicații asupra situațiilor când pacientul trebuie să solicite ajutorul medicului;

f să se informeze pacientul și cei din jur asupra naturii bolii de o manieră care este potrivită situației pacientului;

g să se specifice dacă, fie imediat, fie în viitor, sunt necesare măsuri preventive cu privire la pacient și cei din jur;

h să se determine dacă boala trebuie anunțată la o instanță.

Pentru a putea efectua toate acestea, medicul de familie trebuie să obțină o serie de date anamnestice precise: el trebuie să recunoască, să identifice simptomele pe care le are pacientul și eventual trebuie să dispună de date de laborator. Apoi, este de mare importanță dacă el cunoaște sau nu reacția pacientului și a celor din preajma lui la un eventual stres provenind din mediul de viață sau muncă.

Acordarea ajutorului, asistenței trebuie să se axeze pe vizitele la domiciliu, investigațiile medicale, urmărirea pe mai departe, dirijarea după însănătoșire și a vaccinărilor; aceeași atenție va fi dată celor din mediul pacientului. Toți acești factori vor fi discutați pe rând.

Vizita la domiciliu

Una din trăsăturile specifice muncii în prima linie este aceea că medicul de familie este solicitat fără ca o selecție să fi avut loc. Comportamentul de boală al pacientului și opiniile celor din preajmă determină dacă sau nu medicul de familie va fi chemat. Uneori, medicul de familie va considera că chemarea a fost neîntemeiată. El își poate da seama chiar din felul în care este solicitat cam care este imaginea naturii și gravității bolii, astfel că poate decide dacă trebuie să-l viziteze imediat, sau suportă amânare, sau este cu totul nenecesară. În caz de boală acută cu temperatură, el poate aprecia necesitatea vizitei pe baza următoarelor informații:

a Dacă este informat asupra unor semne care indică o stare de pericol pentru viață, ca de exemplu, pierderea cunoștinței, sufocare, convulsii, leșin adânc, cianoză, semne de intrare în șoc.

b Dacă este informat că pacientul are aspectul general de foarte bolnav, iar acest mesaj este relativ de încredere.

c Dacă cererea pacientului de a fi vizitat acasă este repetată, cu mențiunea că starea s-a agravat.

Medicul de familie se va lăsa condus, în urmărirea asistența ce o va acorda, de următorii factori.

d Dacă pacientul face parte dintr-un grup expus la risc ridicat, cum sunt sugarii, persoanele foarte bătrâne, suferinzii de diabet sau boli de inimă sau plămâni.

e Aparența de neliniște pe care o are mesajul. Medicul este dator să dea unele informații astfel încât, dacă este posibil, să fie eliminate anxietatea și spaima. Acestea pot, în sine, agrava lucrurile la pacient ca și la cei din jur. În al doilea rând, temerea exprimată o dată cu chemarea poate fi un semn al gravității stării. Nu oricine poate prezenta sistematic suferințele și semnele

Scanned with OKEN Scanner

unei boli, într-un mod relevant pentru medic, cu siguranță nu dacă starea este considerată amenințătoare. Temerea celui care îl solicită poate spune uneori mai mult decât multe cuvinte.

f Un comportament de boală instalat deja mai dinainte. Medicul de familie va fi înclinat să nu răspundă chemărilor tot atât de des pe cât sunt formulate, mai ales dacă pacientul are obiceiul de a-l solicita pentru orice.

Mai ales în perioadele de abundență a vizitelor la domiciliu (iarna, primăvara sau pe timpul epidemiilor), medicul de familie va aprecia, pe baza acestor informații, dacă vizita acasă este într-adevăr necesară. Nu rareori, chiar cei din jurul pacientului se întreabă dacă este sau nu cazul, date fiind anumite semne și suferințe, să fie chemat medicul. Medicul de familie va trebui să ia în considerare următoarele situații:

a cel ce solicită este destul de inteligent pentru a putea informa convenabil asupra durerilor și semnelor de boală; cei din mediul respectivului sunt mai repede în stare să aprecieze o situație cu înțelegere, cu discernământ;

b între datele de anamneză pe care le primește, medicul de familie poate găsi numai elemente ale unei stări gripale;

c pacientul nu este descris ca fiind grav, rău bolnav;

d nu este vorba de un pacient care face parte dintr-un grup de risc;

e medicul de familie îi cere solicitantului să revină cu cererea de ajutor la caz de agravare sau prelungire a stării;

f solicitantul trebuie să fie de acord cu această procedură.

În caz de dubiu, medicul de familie va vizita pacientul. Între cele două extreme, de vizitare sau nu, există o scală pe care se află momentul la care se decide vizitarea pacientului, moment care depinde de felul în care practica este organizată, ruta vizitelor zilnice la domicilii, obiceiurile medicului și de ceea ce dorește pacientul însuși.

Cercetarea

La intrarea în casă, medicul de familie constată dintr-o privire unele lucruri care ulterior, în faza de asistare, urmărire, au o mare importanță: dacă este îngrijită, ordonată sau nu, și își face o părere asupra relațiilor dintre pacient și cei din jur. O atitudine tensionată poate fi mai totdeauna presimțită, iar schimbările intervenite prin apariția unui bolnav în casă se pot vedea chiar în lucruri mici, ca și tendința bolnavului de a exagera. Medicul poate observa și dacă bolnavul beneficiază de condiții de îngrijire, o cameră aparte, atenția celor din jur. Reacțiile și temerea celor din jur sunt vizibile și ele au o semnificație importantă pentru asistarea și ajutorul care trebuie acordat în continuare. Decizia dacă pacientul va fi consultat între patru ochi sau în prezența unei alte persoane nu depinde numai de măsura în care pacientul este bolnav, ci și de factori relaționali. Dacă pacientul face impresia de a fi foarte bolnav și zace pasiv în pat, asistența altcuiva este de nelipsit, iar în cazul copiilor mici, este de la sine înțeles. În alte cazuri, și mai ales dacă aceasta este dorința pacientului, el va fi cercetat numai de către medic, fără altcineva în jur. Uneori, părinții prea speriați pot tulbura consultul. Înainte de

Scanned with OKEN Scanner

orice, este necesar ca situația să fie creată, construită astfel ca anamneza să poată fi luată în liniște iar examenul corporal să aibă loc în mod științific.

Despre tablourile de boli discutate până acum, *anamneza* trebuie să cuprindă următoarele elemente asupra cărora se va concentra atenția. Pentru o mai bună înțelegere, vom da aici câteva informații care pot fi importante alături de înregistrarea durerilor și semnelor de boală pentru care a fost solicitat ajutorul medicului de familie.

a Date epidemiologice. A fost pacientul în contact cu alți pacienți, sau este, sunt multe cazuri de boli contagioase observabile în preajmă, ca de pildă, la școală (infecții respiratorii virale, hepatite epidemice, boli de copii etc.)? A fost pacientul de curând în străinătate?

b Schimbări bruște în evoluția bolii (infecții secundare etc.).

c Evoluția curbei temperaturii, între altele, pentru identificarea complicațiilor gripei și apariția septicemiei,

d Utilizarea de medicamente.

e Durata de persistență a stării de slăbiciune, dacă pacientul a slăbit (afecțiuni maligne etc.).

f Aspectul sputei (infecție bacteriană), urinei și fecalelor (icter).

g Informați despre fumat, pofta de mâncare, nesuportarea anumitor mâncăruri.

Medicul de familie trebuie să *examineze* corporal pacientul bolnav acut cu temperatură de o manieră eficientă și responsabilă, fără a deranja prea mult pacientul. Depinde în primul rând de datele anamnestice ce anume direcție va lua cercetarea corporală, la care se adaugă impresia generală. Numai rareori ar putea fi necesar ca examenul corporal complet să se facă direct, înaintea anamnezei. Examinarea unui pacient cu un sindrom premergător nespecific trebuie în orice caz să satisfacă următoarele:

- măsurarea temperaturii (dacă încă nu s-a efectuat);
- luarea pulsului;
- inspecția pielii;
- inspecția bolții gurii, gâtului;
- palparea glandelor regionale;
- controlul semnelor meningeale;
- palparea ficatului și splinei;
- ascultarea inimii și plămânilor;
- (la copii mici) inspecția timpanelor;
- inspecția eventualei spute și a urinei.

Sub indicație, poate fi efectuată o *cercetare completă de laborator*. Aceasta va fi limitată, în majoritatea cazurilor, la determinarea vitezei de sedimentare, numărarea leucocitelor, o diferențiere a tabloului sângelui alb și analize ale urinei.

Dacă medicul de familie consideră că poate fi vorba de o hepatită sau o mononucleoză infecțioasă, atunci se vor efectua teste ale funcțiilor ficatului, respectiv o analiză Monosticon; dacă se presupune o malarie, se va administra în picături un preparat consistent alcătuit după caz etc.

Scanned with OKEN Scanner

Urmărirea în continuare

De puține ori se poate stabili un diagnostic sigur în primul stadiu.

Medicul de familie (și pacientul) trebuie adesea să fie mulțumiți dacă se constată prezența unei boli infecțioase și nu se constată semne ale unei boli grave. Dacă anamneza nu relevă puncte de reper ale unei alte boli, și dacă investigarea corporală relevă numai un gât roșu cu o eventuală inflamare a glandelor limfatice regionale, atunci este responsabil să se stabilească diagnosticul de gripă (stare gripală) – cu privire la evoluție și starea prezentă. În acest caz, medicul de familie își face datoria recomandând un tratament simptomatic, orientat pentru a îndepărta suferințele (durere, tuse etc.) pacientului. În funcție de nivelul temperaturii și de cât de slăbit și bolnav este pacientul, el sfătuiește rămânerea la pat pentru câteva zile și întoarcerea la lucru să se facă numai câteva zile după ce temperatura revine la normal. Pe durata febrilă, nu este nevoie de mâncare, iar lichidele nu trebuie să fie în nici un caz prea abundente; lichidele (ceai, sucuri de fructe, bulion slab de carne) trebuie administrate moderat.

Pacientul este instruit ca, în caz că boala se agravează către o infecție secundară (temperatura se ridică iar, produse purulente, spută galben-verde sau roșu-brună), să cheme medicul încă o dată. Resolicitarea trebuie făcută dacă temperatura persistă mai mult de 3, 4 zile sau dacă pacientul se simte iar bolnav. Dacă se stabilește un alt diagnostic decât cel de gripă, terapia va fi direcționată în acest sens.

Medicul de familie va reveni din proprie inițiativă dacă pacientul suferă de o boală care reclamă controale ulterioare, ca hepatita, mononucleoza infecțioasă, reuma acută, dar și dacă semnele de boală sunt dificil de interpretat. Acesta este de pildă cazul cu un pacient cu o ușoară (semne de) meningită (de exemplu, numai o rigiditate moderată a cefei fără un Kernig pozitiv, fără semne ale ridicării presiunii în creier indicate de un puls scăzut, vome, sufocare și fără alte semne neurologice). Trebuie menționat că unui astfel de pacient trebuie să i se facă o puncție lombară pentru a diagnostica diferențial o infecție virală de una bacteriană. Pentru aceasta este necesară o internare în spital: în Olanda, puncția lombară nu se face acasă. Dat fiind faptul că infecțiile virale sunt mult mai frecvente decât cele bacteriene, și că acestea nu necesită un tratament cauzal, o mare parte a pacienților este îndreptată către spitale. De aceea este bine să se decidă un timp de așteptare de 12 ore când se va face o nouă examinare. În caz de agravare a stării, pacientul va fi internat totuși în spital pentru că există riscul mare al unei infecții bacteriene. Dacă semnele meningeale erau de origine virală, atunci ele se reduc deja în intensitate, iar internarea nu mai este necesară.

La alegerea formei urmăririi, asistenței, medicul se va lăsa condus, în afara gravității semnelor, de datele epidemiologice (unele virusuri, ca virusul ECHO sau virusul Coxsackie, cauzează în mod repetat manifestări meningeale), de vârsta pacientului (la copii, întotdeauna o puncție lombară) și de starea generală a pacientului. O semnificație absolută a acestora nu poate fi definitiv stabilită: pe timpul epidemiilor virale poate apărea o meningită bacteriană.

Scanned with OKEN Scanner

Pot de asemenea să fie prezente alte semne pentru care medicul de familie îl solicită pe pacient să revină în scurt timp la control; dacă acesta face impresia de grav bolnav, dacă febra este extrem de ridicată sau dacă se apreciază că este vorba de o complicație cerebrală, cardiacă sau pneumonală. Dacă un pacient este expus unui risc datorită, de exemplu, unei boli preexistente, acest fapt reclamă cu deosebire un control suplimentar. Orice dubiu asupra diagnozei constituie o indicație de revenire.

Dacă boala durează mai mult decât este de așteptat, justețea diagnosticului trebuie reconsiderată. Majoritatea suferinzilor cu stare gripală se refac în patru zile: temperatura revine la normal, se restabilește pofta de mâncare și, de părăsire a patului. Dacă nu se întâmplă astfel, atunci există diferite alte posibilități:

a Agentul cauzal al bolii a devenit manifest: pacientul are deja semne de îngălbenire, sunt vizibile anormalități în sedimentul urinei, este observabil un infiltrat pulmonar. De asemenea, rezultatele analizelor de sânge pot fi deja cunoscute, ceea ce duce la specificarea unui diagnostic ca cel de mononucleoza infecțioasă.

b Agentul cauzal al bolii poate fi încă ascuns, necunoscut. Dacă gravitatea bolii permite, medicul de familie va încerca să stabilească un diagnostic prin intermediul repetării investigației corporale și de laborator. Dacă acest lucru nu este posibil, atunci va depinde de măsura în care pacientul se simte bolnav, dacă și cât să se aștepte până la decizia de internare în spital. Decizia va ține cont de vârsta pacientului și de riscul suplimentar reprezentat de o boală preexistentă. În general vorbind, medicul nu va prefera să interneze un vârstnic deoarece aceasta poate duce, între altele, la o ușoară activare a unui proces de demențializare. Chiar pacientul și cei din jur pot pleda pentru o rămânere acasă mai degrabă decât pentru o internare.

Medicul de familie se folosește în general de factorul timp pe baze practice ca unul din elementele modului de lucru. Dacă, pe baza rezultatelor clinice, riscul prezenței unei afecțiuni grave este apreciat ca mic, medicul de familie acționează în consecință, până când își reconsideră activitatea ca urmare a apariției de semne de agravare. Acest proces de cercetare nu trebuie să producă supraîncărcarea pacientului sau a organizațiilor respective. Această modalitate de lucru este de considerat ca eficientă și din punct de vedere financiar-economic.

Pentru un pacient acut, medicul de familie trebuie să îndeplinească cu discernământ rolul de conducător, dătător de direcție. Relația dintre medic și pacient are caracterul modelului de „ghidare-cooperare" (vezi capitolul 6). Aceasta este chiar necesară: pentru diagnosticare și terapie, accentul mai puternic cade pe profesionalismul medicului de familie. El trebuie să realizeze foarte bine când se va schimba această relație în cea de participare mutuală, care, tocmai pentru restabilirea pacientului, este o condiție fundamentală: pacientul trebuie să se întoarcă singur la modelul vieții normale.

După însănătoșirea clinică

După restabilirea clinică, în unele cazuri, implicarea medicului de familie nu mai este necesară. Aceasta depinde de natura bolii avute și de caracteris-

Scanned with OKEN Scanner

ticile pacientului. În acest cadru, vom face unele remarci asupra măsurilor ce trebuie luate după refacerea de pe urma unei stări gripale fără complicații.

Dacă pacientul se restabilește prea lent, medicul de familie trebuie să se întrebe dacă acest fapt nu este de înscris în rândul cazurilor de pneumonie virală cauzată de un virus necunoscut, de encefalită sau o miocardită. Plămânii trebuie investigați prin röntgen, iar sedimentarea sângelui trebuie determinată. O cercetarea ulterioară neurologică sau cardiologică este deja necesară în funcție de gravitatea stării, dar, în general, acestea sunt cazuri nefrecvente. O însănătoșire întârziată poate fi de asemenea cauzată de o mononucleoză infecțioasă sau o hepatită, sau o altă boală rămasă necunoscută. Aceste afecțiuni au nevoie de o perioadă de luni de zile de convalescență; pacientul se plânge mai ales de oboseală. Refacerea întârziată este însă cauzată, în majoritatea cazurilor, de factori psihologici: dificultăți la locul de muncă pot duce la recidivare până la reluarea muncii: medicul de familie trebuie să acorde atenție acestor aspecte. În sfârșit, medicul trebuie să prescrie o perioadă lungă de odihnă după o convalescență prelungită pe parcursul căreia s-a manifestat un sindrom hiperestetic-emoțional.

Dacă a avut loc o infecție secundară a căilor respiratorii, este bine să se repete un examen radiologic al plămânilor și analizele pentru determinarea VSH-ului. Iar dacă se presupune un carcinom pulmonar, cercetarea ulterioară este cu atât mai necesară. Mai ales pacienții făcând parte dintr-un grup de risc trebuie cercetați ulterior, în continuare.

Pacienții care fac parte din grupul de risc ridicat la infecții ale căilor respiratorii ar fi bine să fie vaccinați primăvara și toamna contra influenzei.

Măsuri de luat în beneficiul celor din jur

Tocmai medicul de familie este acela care trebuie să aibă ochi pentru consecințele unei boli asupra celor din preajma pacientului: în acest sens se manifesă funcția lui de medic de familie. Care anume vor fi măsurile indicate depinde de natura bolii; cu acestea ne-am ocupat pe parcursul discutării diferitelor tablouri de boală. O scurtă sintetizare are în vedere următoarele măsuri de luat:

a Este bine ca sugarii să fie cât mai bine protejați contra infecțiilor, chiar și a celor virale care pot provoca infecții ale căilor respiratorii profunde.

b Este bine ca gravidele, mai ales de mai puțin de trei luni, să fie protejate contra contagierii cu rubeolă și, de preferință, contra celorlalte infecții virale care pot dăuna fătului (dacă și alte infecții în afara rubeolei pot dăuna fătului nu este pe deplin, cu siguranță cunoscut).

c Este de asemenea indicat ca rezistența persoanelor foarte în vârstă și a celor expuși riscurilor mai mari să fie întărită.

d Medicul de familie va trebui întotdeauna să-și facă o opinie asupra faptului dacă cei din preajma pacientului, mai ales mama sau gospodina, sunt în stare, atât fizic, cât și mental, să asigure asistarea și îngrijirea bolnavului.

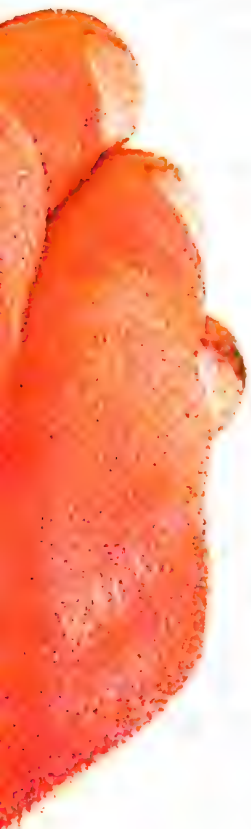
f Medicul de familie trebuie să ofere informații folositoare. Astfel poate fi prevenită panica și incertitudinea (de pildă în caz de meningococimeningită sau rubeolă).

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 15

NOTA 1. GRIPĂ SAU INFLUENZA

Există o confuzie semantică cu privire la stările gripale. În țările de limbi germanice, romane (latine) și slavice, prin cuvântul „gripă" se înțelege același lucru cu ceea ce este desemnat de cuvântul „influenza" în țările anglo-saxone. Totul devine mai clar dacă cea de pe urmă numită este rezervată pentru stările de boală care sunt cauzate realmente de virusul influenzei A, B sau C. Dacă restul infecțiilor virale se vrea să fie numite gripă, aceasta se poate, dar atunci apare riscul ca aceasta să fie descrisă ca o entitate etiologică, și atunci nu este „gripă". Mai corect este dacă se vorbește de stări gripale.



Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Berg, J. H. van, *Psihologia tabloului de boală*, Nijkerk, 1952.
2 Lamberts, H., *În casa medicului de familie*, Lelystad, 1991.
3 Velden, J. van der et al., *Studiul Național al Bolilor și Performanțelor din practica medicilor de familie (SNBPPMC). Raport de bază: Morbiditatea în practica medicului de familie*, NIVEL, Utrecht, 1991.
4 Standard-ul NHG – Copii cu temperatură, *Standardele NHG pentru medicii de familie*, Bunge, Utrecht, 1993.
5 Fry, J., *Profile ale bolii*, Edinburgh-Londra, 1966.
6 Bots, A. W., *Infecția în gât în practica medicului de familie*, Leiden, 1965.
7 Inventarul de laborator SAN, 1992, *O introducere în analizele de laborator din prima linie*, Haarlem, 1992.
8 Hoevenaars, H.A.M., *Pojaruri și vaccinarea împotriva pojarurilor*, Dizertație, Amsterdam, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

16 Pacienți cu boli cronice

Acordarea ajutorului suferinzilor de o boală cronică depinde în ultimă instanță de natura și gravitatea bolii.

Este imposibil să fie discutate toate aceste boli și consecințele lor. Sunt însă o serie de considerații care privesc pe mulți dintre suferinzii de o boală cronică. Acestea depind, între altele, de semnificația pe care o are faptul de a fi bolnav pentru cel în cauză și pentru cei din jurul lui, de urmările psihice, corporale și sociale ale faptului de a fi bolnav, de *progresia afecțiunii* și de colaborarea cu alți profesioniști în procesul de acordare a ajutorului.

Acordarea ajutorului trebuie direcționată astfel încât responsabilitatea pacientului pentru propria lui stare să fie cât mai mult încurajată, iar dependența de asistența profesională să fie redusă la mininum. Această concepție merge mână în mână cu știința că o boală cronică aduce cu sine un risc ridicat și cu înțelegerea faptului că medicul de familie are în această privință o îndatorire de avizare și eventual de controlare.

Medicul de familie poate face uz, în asistența ce o oferă, mai cu seamă de cunoașterea de către el a cursului vieții pacientului și a mediului său.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

În acest capitol se vor face referiri asupra bolnavului cronic. Este lesne de prevăzut că nu se va insista pe probleme specifice ale afecțiunilor neobișnuite. Se va insista deci pe tendințele generale.

S-a vorbit deja în capitolul 4 care sunt diagnosticele mai frecvente din practica medicului de familie. Pentru a obține o perspectivă asupra apariției afecțiunilor cronice, se poate folosi prevalența mai bine decât incidența. Dacă analizăm tabelul 4–5, în care sunt trecute bolile cu prevalența cea mai ridicată, se va observa că acestea se referă tocmai la numeroase afecțiuni cronice ca hipertensiunea, bronșita cronică, astmul bronșic, diabetul zaharat și angina pectorală. În tabelul 16–1 vor fi redate cele mai frecvente afecțiuni cronice.

Tabelul 16–1.
Prevalența unui număr de afecțiuni cronice la 1 000 locuitori [Preluat de la „Explorarea viitorului" (VTV), 1993, Institutul de Stat pentru Sănătate Publică și Igiena Mediului]

afecțiunea	*toate vârstele*		*75 ani și peste*	
	bărb.	*fem.*	*bărb.*	*fem.*
artroza deformantă	32,44	70,64	161,48	399,96
ARCA*	44,83	28,05	219,05	57,72
surzenia	31,41	32,21	268,97	229,42
eczema constituțională	20,62	29,85	22,59	2,16
angina pectorală	22,06	19,49	131,35	129,84
depresia	16,06	22,98	17,21	71,35
infarctul	24,44	9,90	116,57	71,83
diabetul zaharat	13,50	19,23	59,44	83,41
cataracta	7,63	16,57	116,14	158,57
accidentul cerebro-vascular	9,84	9,93	98,42	80,34
demența	4,48	9,19	81,97	123,05
artrita reumatoidă	3,60	7,40	13,27	32,18
glaucomul	3,92	2,91	39,97	17,65
retardarea mentală (ușoară)	4,56	2,99	?	?
retardarea mentală (severă)	4,02	3,46	?	?
boala Parkinson	2,28	2,39		

* ARCA = Afecțiuni Respiratorii Cronice Nespecifice

În tabel sunt redate mediile pentru toate vârstele. Dat fiind faptul că afecțiunile cronice devin mai frecvente cu vârsta, acestea apar desigur în număr mai mare la bătrâni. Tocmai de aceea, pe ultima coloană, prevalența acestora a fost redată aparte.

Scanned with OKEN Scanner

Afecțiunile maligne nu au fost redate în tabel. Acestea ocupă, prin caracterul lor progresiv neobișnuit, un loc aparte în cadrul bolilor cronice.

Un astfel de model de morbiditate are anumite repere: faptul că sunt atinse sistemele inimii-circulatorii, aparatul locomotor, pupilele oculare, auzul și creierul. Cifrele pe țară și cele pe regiuni indică deosebiri importante.

Astfel de rezultate au o altă configurație în circumstanțe diferite. Astfel, Polliack și colaboratorii[1] lui au găsit în orașele din Israel că cele mai frecvente diagnostice, care împreună totalizează bolile cronice, sunt de 27%, acestea fiind: nevroza și anormalități ale structurii personalității, ulcer ventricular și ulcer duodenal, boli ischemice de inimă, hipertensiune și bronșită cronică, emfizemul și astmul.

Marile diferențe observabile se pot datora unui mare număr de factori: structura pe vârste a populației, circumstanțele de viață (alimentație, caracterul serviciilor medicale și altele asemenea) ca și de criteriile aplicate pentru stabilirea diagnozei. Datele din străinătate sunt de aceea mai puțin relevante pentru medicul de familie din Olanda, dar ele informează totuși asupra urmărilor bolii pentru pacient, astfel că vom reda și noi rezultatele unei anchete efectuate în Statele Unite de către Centrul Național de Statistica Sănătății (National Center for Health Statistics).

Datele se referă la un eșantion reprezentativ de 40 000 de intervievați în 1974 (informațiile sunt culese direct de la pacient, și nu prin intermediul medicului). Pacienții preluați în așezăminte nu au fost cuprinși în eșantion.

În afara naturii bolii, a fost înregistrată măsura în care aceasta duce la limitarea vieții pacientului. A rezultat că 14,1% (din care 0,7% ca urmare a afecțiunilor mentale) din populație este cu certitudine limitată la ocupațiile zilnice (adică efectuarea unei munci, treburile din gospodărie sau educație) prin suferirea de o boală cronică, în timp ce 3,3% nu era în stare să efectueze o muncă din cauza unei invalidități.

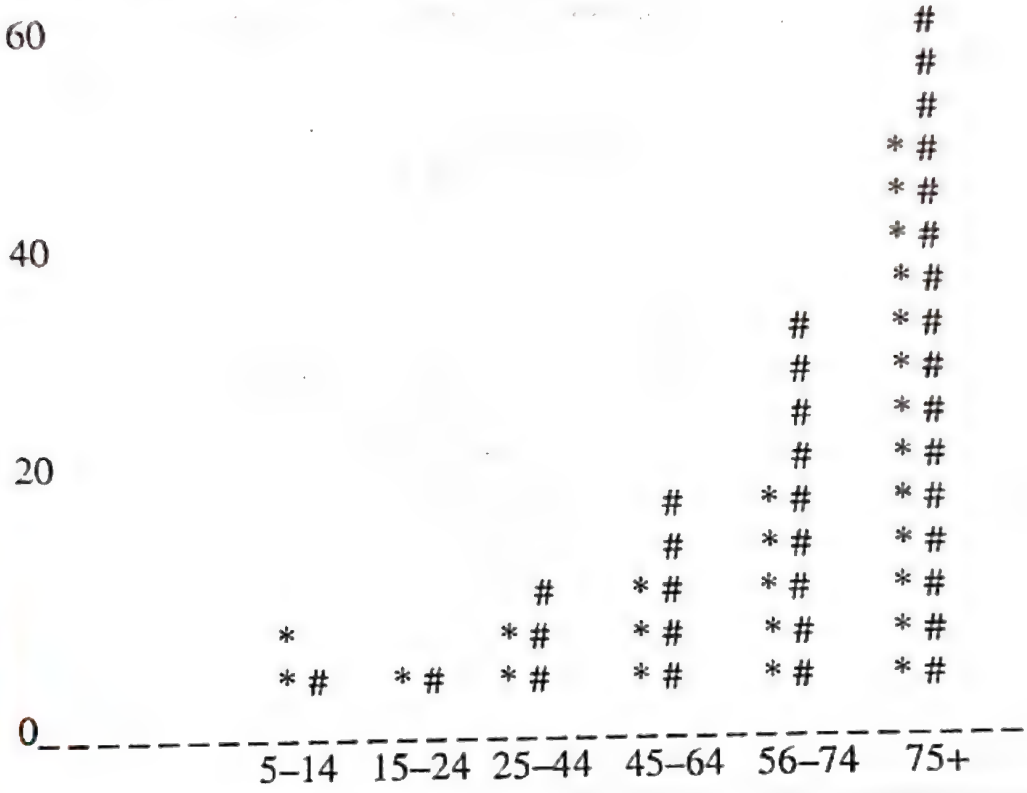
Din această ultimă categorie, aproximativ un sfert este legată de casă (nu o poate părăsi), iar un alt sfert are nevoie de ajutor pentru a se deplasa, iar o jumătate, în ciuda dificultăților, nu avea nevoie de un ajutor. Pentru Olanda, cifrele acestea sunt ceva mai scăzute.

Din ancheta asupra sănătății CBS, 1986–1988 rezultă măsura în care persoanele sunt limitate în activități ca urmare a bolilor și afecțiunilor corporale. Rezultatul global (considerat cumulativ) este că, la 4,5% din populație se înregistrează limitări foarte severe, la 12,5%, limitări severe, la 21,6% moderate, iar la 35,9% limitări ușoare. Este lesne de considerat că există o corelare strânsă cu vârsta și sexul. Procentajele celor mai grave și foarte grave limitări, repartizate pe vârstă și sex, sunt redate în figura 16–1.

Privind global, se observă că procentul persoanelor cu limitări (foarte) grave se dublează începând de la 15 ani, în unele categorii de vârstă. Cauza acestei creșteri a fost căutată în frecvența mai ridicată a apariției afecțiunilor grave la vârste mai înaintate și în apariția așa-numitei „co-morbidități": apariția de mai mult de o singură boală la o aceeași persoană.

Scanned with OKEN Scanner

Figura 16–1
Procentul persoanelor cu limitări corporale (foarte) severe, după vârstă și sex. (Sursa: Ancheta asupra sănătății CBS 1986–1988, date prelucrate de RIVM)

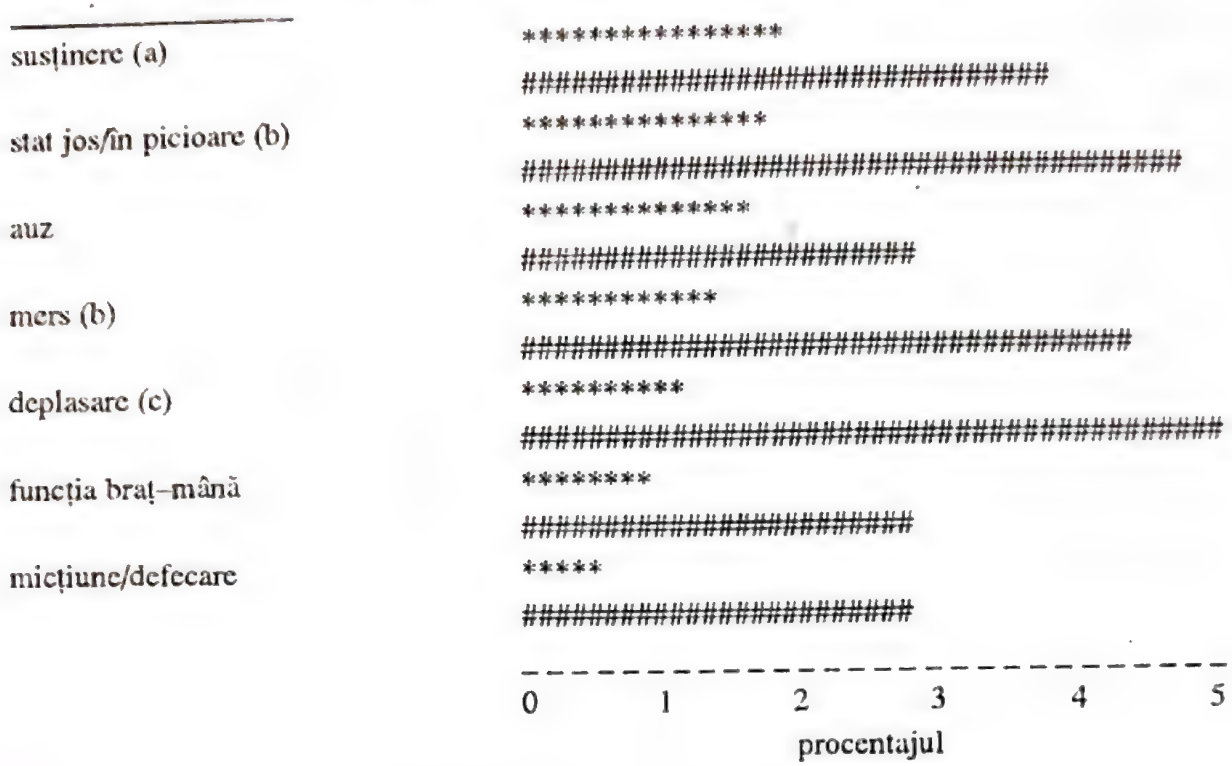


(* = bărbați, # = femei)

Este vorba desigur de diferite feluri de limitări. Primele șapte tipuri de limitări corporale, dintre cele mai frecvente, sunt redate în figura 16–2. Limitări în funcționare nu se instalează numai ca urmare a bolilor corporale. Mulți sunt limitați în funcționarea lor de către probleme psihice. În rândul acestora, se face o deosebire între problemele sociale și cele psihiatrice, care, ambele, pot fi fie moderate, fie severe. Multe probleme psihosociale pot apărea ca fiind cronice, dar acestea formează un procentaj sensibil redus. Nu același lucru se poate spune și despre tablouri psihiatrice ca schizofrenia. Frecvența acestor afecțiuni este dificil de stabilit, în parte datorită faptului că informațiile din străinătate cu privire la prevalența tulburărilor psihiatrice sunt *stocate* prin cuprinderea a 15% reprezentând forme de dependență și tulburări ale structurii personalității. Pe fondul acestora nu se găsește adesea nici o *boală*. Aici este desigur vorba de probleme de definire: ce anume este psihiatric și ce este psihosocial? Și: ce anume numim un caz grav, sever, și unul ușor, negrav?

Medicul de familie are în îngrijire majoritatea persoanelor cu probleme psihosociale; tratamentul pacienților psihiatrici gravi cade, în majoritate, în afara sferei lui de intervenție.

Figura 16–2.
Primele șapte din cele mai frecvente limitări corporale, pe sexe și persoane cu o limitare (foarte) gravă. (Sursa: Ancheta asupra sănătății CBS 1986-1988, date prelucrate de RIVM).



(* = bărbați, # = femei)
ca urmare a tulburării la
(a) funcției inimii/plămânului
(b) picioare, brațe, șold, dorsă
(c) funcției de echilibru, accidente

A FI BOLNAV CRONIC ÎN PRIMA FAZĂ

Începutul acut

O serie de boli, care evoluează către o îmbolnăvire cronică, încep brusc. Pacientul și cei din jurul lui sunt surprinși, chiar dacă au avut deja semne prevestitoare. Tocmai bolile cu debut acut, care pot conduce la o devenire cronică, sunt cele care pun mai mult în pericol viața. Exemple de acest fel sunt infarctul de cord și accidentul cerebro-vascular. În majoritatea cazurilor, pacientul este internat în spital, și el se află deci în grija specialistului. Sarcina medicului de familie este de a recunoaște starea ca fiind periculoasă, de a acorda primul ajutor și de a reglementa internarea. Aceste lucruri fac certă părerea pacientului și a celor din jurul lui că este vorba de o afecțiune gravă. Chiar și felul îngrijirii care i se oferă pacientului, de pildă preluarea într-o secție de reanimare sau tratament intensiv, demonstrează gravitatea stării.

Scanned with OKEN Scanner

Internarea în spital poate stârni sentimente contradictorii. Pe de o parte, internarea subliniază gravitatea stării, mai ales dacă pacientul consideră spitalul ca locul în care se poate întâmpla ce este mai rău, adică moartea, dar, pe de altă parte, internarea poate aduce oarecare ușurare și liniștire: pacientul și familia știu că s-a făcut tot ceea ce era posibil, astfel că apare un sentiment de relativă siguranță. Dacă după câteva zile sau săptămâni, starea acută se retrage și apar treptat sentimente de mulțumire pentru cursul spre însănătoșire, atunci apar la pacient alte sentimente și gânduri: el va începe să se întrebe care îi va fi viitorul. Se va putea reface astfel încât să se poată întoarce acasă? Va putea el să-și reia munca și să facă față acelorași sarcini? Va putea realiza planurile de viitor? El se întreabă dacă va mai putea avea grijă de familie; femeia se va întreba dacă va mai putea fi mamă pentru copiii ei; tinerii dacă vor mai putea găsi un partener, dacă vor mai putea urma o instruire sau dacă mai au un viitor.

Începutul lent

Boala cronică poate debuta și de o altă manieră, printr-un început lent și gradual. Pacientul remarcă faptul că slăbește, că nu arată bine, că este obosit și nu mai activează mulțumitor. El acuză o senzație de umflare a părții anterioare a gâtului. Are dificultăți la înghițire, durere în stomac, pierde sânge la defecare sau expectorează sânge când tușește. Zile, săptămâni sau luni, el trăiește cu teama că ar putea fi ceva grav, iar în final se decide să meargă la medicul de familie, care îl cercetează.

Mai totdeauna, această categorie de pacienți necesită să fie trimisă la un specialist: cel mai adesea investigațiile de specialitate sunt necesare pentru a defini diagnosticarea, dar cam tot de atâtea ori, pentru tratament. O trimitere la specialist poate fi amânată numai în cazul că boala poate fi tratată cu rezultate bune de către medicul de familie, ca de exemplu, hipertensiunea, cord decompensat sau diabet zaharat, dar, în majoritatea cazurilor, pacientul este internat în spital, cu temeri și îngrijorări, pentru rațiuni de diagnosticare și terapeutice.

Evoluția bolii poate fi chiar mai lentă decât începutul: pacientul începe să aibă un tremur ușor care se intensifică gradual; tulburări de mers pot interveni foarte lent. Într-o astfel de manieră încep mai cu seamă afecțiunile neurologice (scleroza multiplă, boala Parkinson) și boli ale aparatului locomotor (artroza). Pacientul nu poate spune cu exactitate când anume au început suferințele; uneori durează luni sau ani de zile până când el solicită ajutorul medicului de familie. Mai devereme sau mai târziu, acești pacienți ajung la specialist. Marea majoritate a cazurilor are în vedere boli de îmbătrânire.

Diagnosticul timpuriu

Prima fază poate decurge însă și altfel. Ca urmare a dezvoltării medicinii și a introducerii procedurilor de diagnosticare timpurie, descoperirea unei boli cronice, chiar înainte ca pacientul să se plângă, nu mai este atât de rară. Lucrul acesta este posibil la cazuri, de exemplu, de carcinom al cervixului sau pulmonar, sau de diabet zaharat. Trimiterea la specialist are loc în toate aceste cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

A FI BOLNAV CRONIC ÎN A DOUA FAZĂ

A doua fază se caracterizează printr-o certă stabilizare a situației: pacientul și cei din jurul lui realizează că ei trebuie să accepte și să se adapteze împrejurărilor, și că vor avea de trăit de acum încolo în anumite condiții mai limitate; speranța unei refaceri complete nu mai există, iar persoana știe că nu va mai putea trăi ca înainte. Boala va fi unul din factorii cei mai importanți ai vieții ulterioare. Pacientul realizează lucrul acesta exact după externare, în mediul de acasă, când vede mai bine că este „altfel decât înainte". El este confruntat cu faptul că nu mai poate îndeplini aceleași funcții, că nu mai poate executa aceleași activități. Nu se mai poate încrede în corpul lui; cu îngrijorare, remarcă diminuarea în continuare a capacităților lui. El a devenit dependent de ajutorul celor din casă, ceea ce, pe parcurs, este trăit ca un mare balast: faptul acesta nu numai că accentuează propria incapacitate în scădere, dar și faptul de a fi devenit o povară pentru cei din jur. Nu de puține ori, această situație duce la apariția sentimentelor de vinovăție, care sunt parțial întemeiate pe faptul că își dă seama de schimbarea intervenită în relații. Sentimentele de vinovăție pot deveni foarte concrete dacă pacientul conștientizează cât de deprivat este în comparație cu ceilalți: el este cauza faptului că viața de familie s-a tulburat, că au apărut probleme de relaționare și că poziția economică în familie i s-a slăbit.

Nu numai limitarea, dar și faptul de a fi altfel decât ceilalți poate aduce cu sine sentimentul de rușine, astfel că bolnavul va avea tendința să se izoleze și să se retragă din calea celorlalți. Se mai poate însă ca propria limitare să-i rămână necunoscută sau negată. Toate acestea sunt corelate de modelul cultural conform căruia există o anumită expectație cu privire la prestare, la cel ce dă tonul activităților și o anumită respingere a pasivității. În cultura vestică constitutiv „umanistă", bolnavul, care nu mai poate face față acestor valori și norme, ajunge mai repede la a se simți rușinat și devaluat. Toate sentimentele se adâncesc prin faptul că, în ciuda caracterului umanist (sau poate tocmai de aceea), în societatea noastră nu există loc pentru cei mai puțin valizi. Astfel, bolnavul se resimte încă și mai mult de pe urma obstacolelor provenite din boala cronică: durere, sufocare, obosirea accelerată, defecarea și zeci de alte probleme care se adaugă funcționării deja disturbate. Faptul că o familie are de a face cu prezența permanentă a unui bolnav cronic, ale cărui puteri s-au limitat sever, poate stârni sentimente ambivalente cu privire la bolnav. Numai după oarecare timp reușesc, bolnavul și cei din preajmă, să ajungă la un nou echilibru între limitările instalate și libertatea celorlalți – libertatea bolnavului și a celor din jur – astfel ca să existe o evaluare optimă și o recunoaștere de ambele părți. Dar tot astfel, mai poate apărea o situație în care bolnavul să îndeplinească o funcție plină de valoare pentru cei din jurul lui și care poate ascunde o valoare benefică în faptul că bolnavul nu mai este

Scanned with OKEN Scanner

un balast pentru necazurile și obligațiile zilnice. Dacă bolnavul poate, prin voința lui, să-și consacre timpul, energia și atenția celor ce-i stau în preajmă, atunci el poate ajunge la a avea propria lui semnificație valorică pentru cei din jur. Acei ce sunt în stare de așa ceva, pot fi mândri de aceasta și se pot considera înțelepți.

URMĂRI ALE FAPTULUI DE A FI BOLNAV CRONIC

Urmările faptului de a fi bolnav cronic depind mai întâi de natura bolii. Dacă cineva are un anus contra naturii, acest lucru are alte consecințe decât cele determinate de epilepsie. Discutarea consecințelor specifice fiecărei boli cronice cade în afara interesului central al cărții. Totuși, în următoarele paragrafe, ne vom ocupa de câteva boli care fac parte din categoria celor care necesită ajutorul din partea medicului de familie. Astfel, ne vom limita numai la unele urmări generale ale condiției de bolnav cronic.

Măsura invalidității

Prin invaliditate se înțelege incapacitatea de a lucra sau de a avea grijă de sine datorată unui accident, boli sau îmbătrânirii. Noi ne-am referit deja mai devreme la faptul că una din urmările faptului de a fi bolnav cronic este aceea că pacientul devine dependent de alții; boli ale aparatului locomotor și neurologice conduc în mod deosebit la aceasta. Măsura dependenței se poate diferenția însă foarte mult. S-au elaborat diferite scale cu ajutorul cărora poate fi exprimată măsura invalidității. Prin intermediul acestora se poate determina care sunt activitățile pe care pacientul este sau nu în stare să le efectueze. Unul din primii care a elaborat o astfel de scală a fost Katz[2]. El a stabilit un „Index al Independenței Activităților Vieții Zilnice" – IIAVZ, în care sunt descrise o serie de funcții care privesc îngrijirea pacientului: a mânca, a merge singur la WC, a se îmbrăca singur și a se îmbăia singur. Leering[3] a făcut deosebirea, pe baza scalei lui Katz, între următoarele niveluri ale funcționării – IIAVZ:

– *nivelul 1*: nici un fel de independență, a nu fi de sine-stătător;
– *nivelul 2*: pacientul poate mânca singur, de sine-stătător;
– *nivelul 3*: pacientul poate, singur, mânca și merge la WC;
– *nivelul 4*: pacientul poate, singur, mânca, merge la WC și îmbrăca;
– *nivelul 5*: pacientul poate, singur, mânca, merge la WC, îmbrăca și face baie.

Katz a alcătuit o scală pe șapte niveluri, dar scala lui Leering pare să fie suficientă. La fiecare nivel, trebuie să se menționeze dacă există sau nu incontinență.

Zonneveld și Fennis[4] au alcătuit, pe baza introducerilor făcute de Katz și Leering, eșalonarea unui număr de grade de invaliditate în care sunt cuprinse

Scanned with OKEN Scanner

nu numai funcționările cu privire la propriul corp al pacientului, dar și funcționarea lui cu privire la mediul înconjurător. Această scală este astfel:

– *gradul 1*: în consens cu IIAVZ 1 și 2;
– *gradul 2*: în consens cu IIAVZ 3 și 4;
– *gradul 3*: în consens cu IIAVZ 5;
– *gradul 4*: pacienți care pot îndeplini numai ocupații gospodărești ușoare, ca lucru manual, plimbare;
– *gradul 5*: pacienți care au unele limitări în executarea muncii lor și au nevoie de ajutor pentru părțile grele ale acesteia;
– *gradul 6*: persoane cu totul valide.

În practică, pacienții bolnavi cronic din categoria IIAVZ 1 și 2 nu își duc activitatea acasă decât în mod cu totul excepțional; în cazul lor este nevoie de atât de mult ajutor și asistență medicală încât internarea lor este mai totdeauna foarte necesară. Faptul dacă pacienții de dependențe IIAVZ 3 sau mai înalte pot sau nu rămâne acasă, depinde de o serie de factori.

a Dacă bolnavul cronic este o femeie cu copii, aceasta trebuie să dispună de ajutor în treburile gospodărești.

b Dacă bolnavul cronic este un adult, asistența medicală va fi necesară; pentru aceasta poate fi cooptată asistenta de cartier.

c Trebuie ca locuința să ofere suficient spațiu pentru acomodarea pacientului.

d Trebuie să existe facilități, dotări adecvate: material de asistare medicală suficient și eventual adaptări în locuință (mânere la baie etc.).

e Ultimul, dar nu cel mai puțin important, trebuie ca cei din jur să poată și să vrea să-și ia în sarcină datoria îngrijirii și asistării, atât din punct de vedere organizatoric, cât și afectiv, emoțional.

Urmări corporale secundare ale invalidității sau faptului de a fi bolnav cronic

Invaliditatea poate avea o serie de urmări asupra corpului, indiferent de boala care a dus la invaliditate. Faptul de a fi legat de un scaun pe rotile sau de pat face ca mușchii să fie din ce în ce mai puțin solicitați, ceea ce conduce la atrofia articulațiilor, mușchilor și cartilagiilor. Inactivitatea încurajează apariția osteoporosei. Nu de puține ori, aceste consecințe secundare ale invalidității cauzează mai multă durere și mai multe obstacole decât boala inițială, care a fost invalidizantă.

Mobilitatea redusă are efecte nefavorabile și asupra circulației și funcției plămânilor. Prin aceasta, poate apărea o predispoziție crescută la, printre altele, infecții virale. Toate acesta au ca urmare instalarea unei condiții de insuficiență corporală, ceea ce aduce cu sine o stare precară a sănătății. Lipsa de mișcare și faptul de a sta lung timp așezat poate duce la decubitus, suferințe în domeniul căilor urinare (cistită) și constipație. Poziția incomodă sau incorectă în pat, scaun sau folosirea de cârje poate duce la apariția de contracturi, care, pe parcurs, pot deveni o fibroză ireversibilă. Lipsa de schimbări minime în viață poate duce la instalarea insomniei. Alimentarea lipsită de

Scanned with OKEN Scanner

variație din unele diete poate duce la deficiențe ca anemia feriprivă (deprivată de fier) și hipovitaminoza; utilizarea exagerată de calorii duce la îngrășare.

Urmări pentru familie ale faptului de a fi bolnav cronic

A fi bolnav cronic nu are numai urmări asupra celui în cauză, ci și asupra membrilor familiei, fapt care cauzează suferințe cu care medicul de familie, ca medic al întregii familii, vine în contact. Acestea din urmă pot fi discutate cel mai adecvat în cadrul creat de diferitele funcții ale familiei, o abordare care a fost utilizată și de către Michels[5] (vezi capitolul 11).

Tatăl care este bolnav cronic. Dacă cel bolnav cronic este tatăl, acest lucru are, în primul rând, consecințe social-economice asupra întregii familii. Dacă boala apare în faza de devenire, există riscul eșuării carierei. Lucrul acesta are consecințe severe nu numai asupra psihologiei bărbatului, dar și consecințe economice pentru familie: de cele mai multe ori, ei vor trebui să trăiască dintr-o pensie socială de ajutor de boală (WAO). Astfel, nu numai veniturile sunt mici, dar și posibilitățile de luptă pentru o poziție socială mai înaltă sunt mai reduse. Și valorizarea socială, statusul familiei, este altul decât cel al celor care participă la procesul muncii. Trebuie să se realizeze ce înseamnă aceasta într-o societate centrată pe prestare. Acest fapt poate avea consecințe nevaforabile asupra copilului în creștere; repercusiunea poate fi aceea că el se va gândi că provine dintr-un alt fel de familie. La membrii familiei pot apărea sentimente de rușine. Faptul de a fi bolnav cronic are urmări economice mai puțin severe dacă acesta intervine la vârste mai înaintate. În unele cazuri, se reușește să se ajungă la o schimbare de roluri între bărbat și femeie: femeia este aceea care aduce veniturile în casă. Tabelul 16–2 oferă o sinteză a interdependenței dintre statutul social-economic și sănătate în Olanda.

Tabelul 16–2
Interdependența dintre statutul social-economic și sănătate în Olanda: o perspectivă sintetică

Nefavorabil pentru grupele social-economice de jos:	
Prin intermediul autoraportării problemelor de sănătate:	Incidența și prevalența stabite prin înregistrare:
Afecțiuni respiratorii cronice nespecifice	Afecțiuni respiratorii cronice nespecifice
Afecțiuni și suferințe de inimă	Cancer pulmonar
Aciditate, suferințe de stomac	Carii dentare
Diabet zaharat	Probleme psihiatrice
Afecțiuni dorsale, hernie	Moarte intervenită repede la caz de cancer
Suferințe reumatice	Moarte
Epilepsie	

(Sursa: J. P. Mackenbach, *Schimbări nesănătoase*, van Gorcum, Assen, 1994).

Scanned with OKEN Scanner

Din tabel reiese clar că tocmai la straturile sociale mai de jos apar mai des afecțiuni cronice și deci mai multă invaliditate.

Interdependența dintre poziția economică și invaliditate este complicată. Mai devreme, ne-am referit la relația dintre boală și sărăcie. Aceeași relație există, probabil, și cu privire la faptul de a fi bolnav cronic: boala și sărăcia pot fi, ambele, consecința anumitor factori, dar faptul de a fi bolnav cronic aduce cu sine mai probabil o sărăcie relativă. Diferențierile din poziția socială sunt de considerat în funcție de diferențele de vârstă, alimentație, fumat, conținutul muncii, comportamentul de sănătate, maniera în care se are de a face cu stresul.

Faptul că tatăl este cel bolnav cronic are și alte consecințe. Bărbatul care este văzut stând permanent acasă poate duce la mari tensiuni și probleme de rol. Șansa de a avea noi relații și prieteni este scăzută pentru că nu se participă la procesul muncii. Posibilitățile de relaționare ale familiei scad și ele. Tatăl bolnav cronic constituie o sursă de disturbare a funcțiilor social-culturale și social-psihologice ale familiei. Măsura în care se petrec toate acestea depinde de capacitatea tuturor membrilor familiei de a face față acestei situații; numai dacă ei sunt responsabili unii față de alții și sunt în stare să respecte nevoile și dorințele celorlalți, se poate realiza așa ceva. O astfel de situație suscită probleme mai ales în faza de devenire, formare a familiei și mai ales dacă faptul de a fi bolnav generează un stres enorm; în faza de involuție a familiei, astfel de consecințe sunt mai reduse.

O atenție deosebită merită funcția sexuală care poate fi disturbată nu numai de probleme relaționale, dar și de existența unui bolnav invalid (mai ales în cazul unor afecțiuni neurologice). Invaliditatea poate de asemenea constitui o indicație cu privire la reglementarea nașterilor.

Mama bolnavă cronic. Dacă economia familiei este bazată pe munca bărbatului și a femeii, faptul că femeia este bolnavă cronic poate – deși în mai mică măsură – influența situația economică a familiei, dar efectul asupra veniturilor familiei este în general redus. Familia are de suferit reduceri economice mai cu seamă prin faptul că este nevoie de ajutor suplimentar în gospodărie (plătit). Mama bolnavă cronic este obstrucționată mai ales în funcția ei de îngrijire și protecție a familiei. Marea diferență față de bărbatul invalid este aceea că cea mai mare parte a îndatoririlor ei pot fi îndeplinite. Dacă o femeie suferă de o invaliditate IIAVZ de gradul 4, ea este în stare să efectueze activități gospodărești ușoare; la un același grad, bărbatul nu poate efectua o muncă salariată. Chiar dacă femeia este atât de invalidă încât nu poate efectua nici o muncă în gospodărie, ea poate totuși îndeplini funcția de educare–creștere a copiilor. Funcția de îngrijire fizică poate fi îndeplinită de către altcineva; dacă sunt copii mici, aceasta poate fi îndeplinită de o femeie în casă sau de o asistentă de familie. Prezența unei a doua femei, care are funcția de îngrijire, poate duce la apariția de tensiuni. Separarea funcției de îngrijire de cea de creștere-educare este dificilă pentru ambele părți implicate.

Cea mai problematică este faza de devenire, formare și cea de stabilizare a familiei: funcție de cât de mari sunt copiii, aceștia pot ajuta la rândul lor.

Scanned with OKEN Scanner

Boala mamei influențează funcția social-culturală și cea social-psihologică, dar în general mai puțin decât boala cronică a bărbatului. În funcție de boală, funcția sexuală este și ea tulburată; reglementarea nașterilor este mai totdeauna necesară.

Consecințele faptului de a fi bolnav cronic, fie bărbatul, fie femeia, descrise până acum, sunt determinate foarte mult de modelul tradițional al rolurilor. Nu se poate să nu ne gândim că boala și invaliditatea unuia din parteneri nu ar duce la schimbarea rolurilor și relațiilor dintre aceștia: noua situație poate duce la descoperirea de noi posibilități pentru ambii parteneri și pentru relația dintre ei.

Copilul bolnav cronic. Copilul bolnav cronic influențează, la prima vedere, mai puțin adânc familia, dar această influență nu trebuie subestimată. Aceasta rezidă mai cu seamă în sfera social-psihologică: creșterea și educarea celorlalți copii poate fi influențată de prezența unui copil bolnav cronic; apare în general un dezechilibru afectiv ca urmare a atenției mai mari acordate celui bolnav. Pe de altă parte, mai este posibil ca copiii să crească mai conștienți, mai reponsabili, mai maturi, ceea ce ridică într-un fel calitatea educației.

Relațiile reciproce dintre copii pot fi și ele influențate de boala cronică a unuia din ei: pot apărea sentimente de gelozie și ură ducând până la dorința de a muri, dar, pe de altă parte, se poate ajunge tocmai la solicitudinea de a oferi ajutorul lor. Nu rareori, cei ce au fost de ajutor pentru un frate sau soră bolnavi cronic sunt mai maturi. Copilul bolnav cronic poate influența îndeplinirea consecventă a altor funcții ale familiei: tatăl poate fi limitat în alegerea unui loc de ședere dată fiind necesitatea de a beneficia de o anumită școală sau de alte dotări și facilități care poate că nu sunt la dispoziție în țară. Recreația familiei depinde într-o mare măsură de faptul că este prezent un copil bolnav cronic. Necazurile aduse de un astfel de copil pot duce la abandonarea gândului de a mai avea alți copii. Dacă familia se află deja în faza de involuție, trebuie să se prevadă dotările și serviciile necesare în viitor pentru cel bolnav, întrucât părinții mai vârstnici nu le pot asigura.

ACORDAREA ASISTENȚEI

Ne vom ocupa aici numai de asistarea suferindului de o boală cronică cu prognoză favorabilă pentru viață; despre cei la care prognoza este nefastă, vom vorbi în capitolul 17.

Introducere

Asistența ce trebuie asigurată de medicul de familie bolnavului cronic este multiplă și complicată. Natura acesteia depinde într-o mare măsură de felul în care se manifestă boala și de natura acesteia; reacțiile familiei cu privire la pacient sunt încă de o și mai mare importanță pentru procesul de acordare a ajutorului, iar în final, un rol este jucat de natura relațiilor dintre membri și

Scanned with OKEN Scanner

medicul de familie: într-un anumit caz, pacientul va fi extrem de mult dependent de medicul de familie; într-un altul, pacientul va fi în posesia unei mari independențe și libertăți cu privire la asistența asigurată de medicul de familie. Medicul de familie va trebui să încerce să promoveze cât mai mult cu putință relația de cooperare mutuală. Acest lucru are o rațiune foarte folositoare. Aceasta îl ajută pe pacient să fie el însuși, să acționeze în sensul unei restabiliri și însănătoșiri, să respecte dieta și tratamentul și chiar să vrea să îndeplinească anumite munci. Medicul de familie va funcționa, în acest sens, ca avizor, ca cel ce stimulează pacientul și îi arată calea. La o serie de pacienți care ating o stare premergătoare sfârșitului, ajutorul medicului de familie este depășit, dar atâta timp cât este necesar un tratament medicamentos – ca și pentru acele evoluții ale bolilor care reclamă control periodic – urmărirea, dirijarea și controlul medicului de familie sunt de nelipsit. Toate acestea trebuie să constituie o căutare a căii către garantarea libertății pacientului pe cât mai mult posibil și către stimularea responsabilității acestuia.

Voința însăși a pacientului contează întotdeauna: uneori el chiar vrea rolul de dependent și deci de refuzare a responsabilității. Apare întrebarea cât de departe trebuie să acționeze medicul de familie în sensul de a-l scoate din pasivitate. Medicul de familie se va strădui în acest sens cu deosebire, dar el trebuie să realizeze foarte bine dacă nu este nedrept să i se ceară prea mult pacientului în această privință. El trebuie să evalueze foarte precis măsura dependenței pacientului. De asemenea, rolul complementar al medicului de familie este important: anumiți medici îndeplinesc cu plăcere rolul părintesc; alții au o aversiune sigură față de un astfel de rol, dacă pacientul devine prea dependent de el.

Vom discuta în continuare o serie de aspecte care joacă un rol în procesul de acordare a ajutorului de către medicul de familie: natura bolii cronice, urmările secundare ale bolii cronice, măsura îmbolnăvirii cronice.

NATURA BOLII CRONICE

Nu putem discuta aici consecințele tuturor bolilor cronice, astfel că ne vom limita numai la un exemplu: hipertensiunea; în legătură cu aceasta, vom pune în lumină o serie de aspecte specifice ale acordării ajutorului. După aceea, vom indica pe scurt câteva istorii de boală pentru a face loc marii diversități din acest domeniu.

Hipertensiunea. Din datele Institutului Medicilor de Familie din Nijmegen se poate conchide că un medic de familie cu o practică de 2 800 de pacienți are sub tratament și control 50 de pacienți hipertensivi; în majoritatea lor aceștia sunt femei. De o însemnătate fundamentală este faptul că, la început, se va determina, de o manieră credibilă, dacă este sau nu vorba de hipertensiune. Lucrul acesta nu este întotdeauna ușor de stabilit deoarece presiunea sângelui depinde de circumstanțele în care este măsurată și pentru că granițele dintre normal și anormal sunt relativ arbitrare. Concluzia că cineva suferă de hipertensiune are însă consecințe pentru tot restul vieții; determinarea trebuie să se facă

Scanned with OKEN Scanner

deci extrem de exact. La aceasta se va ține cont de starea emoțională a pacientului, durata perioadei premergătoare de liniște, poziția pacientului la luarea tensiunii, grosimea brațului, lungimea și lățimea manșetei tensiometrului și încrederea în starea de funcționare a tensiometrului.

La cazurile când se constată că, după măsurători repetate, cineva suferă într-adevăr de hipertensiune, se va depista cauza acesteia.

În consens cu standardul NHG[6] se vor distinge trei categorii de pacienți funcție de tensiunea sanguină diastolică: **a** 95–99 mm Hg **b** 100–104 mm Hg și **c** >105 mm Hg. Eventualele cauze renale, cardiace sau vasculare trebuie să fie depistate, trebuie evaluată posibilitatea ridicării tensiunii sanguine prin utilizarea de medicamente, dulciuri, alcool sau nicotină, în timp ce posibilitatea unui diabet zaharat trebuie cercetată. Apariția în familie a hipertensiunii este importantă.

Terapia trebuie direcționată, în mod primar, către cauza hipertensiunii. Dacă hipertensiunea reprezintă un mecanism de compensare pentru o rezistență periferică ridicată ca urmare a unei scleroze circulatorii, atunci trebuie să ne întrebăm dacă este indicat să combatem hipertensiunea respectivă. În majoritatea cazurilor, este însă vorba de o hipertensiune esențială. Tratamentul acesteia constă în a aduce tensiunea la un nivel normal sau aproape normal.

Riscul de complicații este foarte mare la cazurile netratate. Medicul de familie are datoria de a-i informa pe suferinzi de expunerea la un astfel de risc. Următorii factori de risc pot interveni:

a sexul: bărbatul este mai mult expus riscului decât femeia;

b vârsta: în funcție de cât de timpuriu apare hipertensiunea, riscul devine mai mare;

c evoluția: dacă există o progresie accelerată, riscul la complicații este mai mare;

d condiția sistemului circulator-inimă și a rinichilor: dacă funcția inimii și a rinichilor este disturbată, riscul se mărește; același lucru este valabil și pentru starea sistemului circulator, care poate fi apreciată, printre altele, printr-o analiză a fundului ochiului;

e tensiunea sângelui: cu cât tensiunea sanguină (mai ales cea diastolică) este mai ridicată, cu atât mai mare este riscul;

f chimia sângelui: cu cât procentajul de colesterol și trigliceride este mai ridicat, cu atât mai mare este riscul de complicații.

Tratamentul suferindului de hipertensiune constă din următoarele.

a Prescrierea de reguli de viață (printre altele, suficient somn nocturn, relaxare suficientă, eventual o anumită dietă pentru restabilirea unei greutăți convenabile, limitatea sau abandonarea fumatului). Este foarte important ca medicul să discute aceste reguli de viață cu pacientul și să îi explice de ce este important să le respecte. Pentru cel în cauză, aceste reguli pot introduce schimbări mari în viață, iar urmarea lor este adesea foarte dificilă. Este deci important ca avizarea, sfătuirea și persuasiunea să fie făcute astfel încât pacientul să devină cunoscătorul consecințelor hipertensiunii pentru starea lui de sănătate. Aceasta nu trebuie nici bagatelizată, dar nici prezentată ca și cum ar fi sfârșitul lumii. Ideea este de a-l face pe pacient să se comporte cât mai

Scanned with OKEN Scanner

normal. Suferința provocată de ridicarea tensiunii sanguine nu trebuie cu necesitate să ducă la invaliditate. Informațiile ce-i sunt date pacientului trebuie să-l facă pe acesta conștient de necesitatea de a urma indicațiile, de avantajele și dezavantajele urmării sau neglijării acestora. La prescrierea fiecărei reguli de viață, medicul de familie trebuie să fie la curent cu modul de viață al pacientului pentru a putea obține acordul pacientului cu regula respectivă. În caz că se va prescrie o dietă, pot fi cooptați cu succes în procesul de acordarea ajutorului asociațiile de Crucea Roșie și dieticianul.

b Dacă hipertensiunea se datorează parțial unui stres, atunci tratamentul trebuie orientat în această direcție.

c Eventual, este necesară instalarea unui tratament medicamentos.

Dirijarea se instalează, în principiul, pentru tot restul vieții. Astfel, vin la ordine următoarele:

d Controlul periodic al tensiunii sanguine, în funcție de nivel și progresie, o dată la una până la trei luni.

e Discutarea modului de viață. Medicul trebuie să discute cu pacientul importanța adoptării unui mod adecvat de viață; tendința este de a reveni după un timp la modul vechi de viață.

f Reanalizarea repetată a deciziei dacă este necesar tratamentul medicamentos, și dacă da, care anume și în ce doze.

g Controlul asupra eventualelor efecte secundare a acestor medicamente, cum este controlul standardului K^+ al sângelui.

h Controlul periodic al funcției rinichilor, inimii și a fundului de ochi.

În funcție de acestea, medicul de familie va aprecia dacă este necesară trimiterea la specialist; indicația în acest sens există la pacientul cu un tablou în progresie rapidă. Posibilitatea trimiterii la specialist va apărea incidental, dacă el nu este în situația de a face singur investigațiile privind inima, rinichii și fundul de ochi. În caz de dubiu cu privire la diagnosticarea hipertensiunii esențiale, așa cum s-a mai arătat, trimiterea la specialist devine necesară. În seama medicului de familie rămâne sarcina de mare responsabilitate de a ține sub control consecințele și de a executa cu pricepere dirijarea tratamentului. El este amenințat de riscul de a slăbi controlul și dirijarea, mai ales dacă pacientul suferă de timp îndelungat. El trebuie să aibă grijă ca pacientul să știe încontinuu când trebuie să vină la control. Astfel, pe fundal, apar tot mai mult considerații de ordinul medicinii preventive; acestea reclamă o motivare puternică a medicului de familie să nu degradeze calitatea controlului care se poate prelungi pe zeci de ani. Pentru aceasta, este necesară o bună administrare a practicii.

Din acest exemplu singular s-a văzut că procesul de dirijare este determinat de un mare număr de factori:

a Apariția frecventă a hipertensiunii îl determină pe medicul de familie să se implice total în diagnosticare, tratament și control. O boală care nu apare des va necesita trimiterea la specialist numai pe baza considerentelor decurgând din boala respectivă; pentru cele ce apar mai des, aceste considerente se lărgesc. De asemenea, medicul de familie trebuie să se pună de acord cu tipul de morbiditate din practica sa: o creștere a bolilor de inimă și circulatorii îl va forța să-și intensifice activitatea în domeniul diagnosticării și terapiei de resort.

Scanned with OKEN Scanner

b Un diagnostic are consecințe pe termen lung pentru pacient; în cazul hipertensiunii, acestea sunt pe toată viața pentru că el va trebui să se supună controlului mereu. Diagnosticul trebuie deci stabilit cu maximum de precizie; ce înseamnă aceasta pentru hipertensiune, am arătat deja mai înainte; în ceea ce privește alte boli și afecțiuni, diagnosticarea nu este întotdeauna lesne de stabilit, mai ales când aceasta depinde de stabilirea de *norme* arbitrare. Care sunt valorile normale ale testului de toleranța glucozei? Care este proporția normală a colesterolului în sânge? Metodele de diagnosticare trebuie iar privite critic: a fost bine interpretată fotografia röntgen a stomacului? Funcționarea rinichilor a fost considerată sub circumstanțe corecte?

c Este important ca diagnosticul să fie adus suficient de departe. Diagnosticul de hipertensiune nu este suficient; trebuie exclusă posibilitatea unei hipertensiuni secundare, la un accident cerebrovascular, trebuie să se știe dacă nu există cumva nici o carotisobstrucție, iar la un claudicatio intermitent progresiv, trebuie cunoscută starea vaselor circulatorii.

d Este necesar ca riscul să fie bine evaluat, ce anume aduce cu sine o anumită boală sau afecțiune pentru un anumit pacient, și numai pe baza acestor evaluări să se stabilească urmărirea în continuare. La un pacient care provine, de exemplu, dintr-o familie în care au apărut multiple infarcturi de miocard, riscul ce decurge din acest fapt trebuie să constituie baza măsurilor preventive și a celor ce decurg din diagnosticarea propriu-zisă.

e Este nevoie să se stabilească o schemă precisă a tratamentului și controlului. Aceasta este diferită de la boală la boală; dar în stabilirea acesteia se va ține cont de următoarele: **1** riscul bolii; **2** măsura progresiei; **3** urmările secundare ale bolii; **4** medicamentele de prescris; **5** efectele acestora; **6** necesitatea cu care se instaurează o regulă de viață sau dietă.

f Tratamentul suferinzilor de hipertensiune are ca fundal necesitatea ca tensiunea sanguină să fie adusă la normal. Pacientul are în general relativ puține suferințe de care să se plângă; medicația este direcționată mai cu seamă către prevenirea urmărilor pe termen lung. La alte boli, combaterea durerilor și suferințelor stă mai mult pe primul plan: în caz de anormalitate a aparatului locomotor, combaterea durerii este indispensabilă, la suferințe ale tubului stomac–intestin gros (pirosis, diaree, constipație), necesară va fi o tratare simptomatică. Terapia trebuie și ea orientată către urmările secundare ale bolii cronice.

g Medicul de familie trebuie să fie la curent, în decursul timpului, cu ultimele cuceriri din medicină, pentru ca pacientul aflat deja de mult timp sub tratament să beneficieze de ieșirea din rutină. Un exemplu în acest sens este posibilitatea tratamentului operativ al anginei pectorale.

h Medicul de familie este dator să-l informeze pe pacient, de o manieră în care acesta poate înțelege, asupra cursului consecințelor bolii și gradului de necesitate al tratamentului și controlului. Este extrem de important ca pacientul să aibă o cunoaștere reală a situației în cadrul căreia accentul va trebui să cadă pe ceea ce constituie prevenția care îi revine.

Scanned with OKEN Scanner

i Întrebarea cu privire la necesitatea trimiterii la specialist va continua să fie analizată ca și răspunsul la ea. Despre aceasta se va mai vorbi în continuare.

Câteva istorii de boală. Cu cele ce s-au spus până acum nu s-au atins toate aspectele referitoare la specificitatea naturii bolii cronice. Aceste aspecte sunt în fapt foarte diferite; pe deasupra, ele nu pot fi convenabil sistematizate. Pentru a face totuși dreptate diversității, vom recurge la exemple ilustrative culese dintr-o serie de istorii de boală.

a Boala îi este mereu reamintită pacientului cu un anus contra naturii, de prezența receptacolului de plastic și a bandajelor. Nu mai este posibilă exercitarea unui sport sau mișcări corporale excesive. Pielea devine iritată; îngrijirea stomei reclamă timp și dotări speciale. A merge cât de cât undeva, mai departe nu se mai poate: așa ceva necesită preparative. Anusul contra naturii este practicat la caz de afecțiune malignă astfel că există teama enormă pentru o agravare sau recidivare: există teama neîncetată că tubul de plastic se va desprinde și fecalele se vor împrăștia pe haine, sau că cei din jur suferă de mirosul greu care se degajă. Controlul stomei de către medicul de familie sau de către asistenta de cartier trebuie să aibă loc cu regularitate. O dată pe an, pacientul este controlat de chirurg. Pacientul este în căutarea unei munci potrivite, dar vârsta (60 de ani) constituie un impediment.

b Un pacient cu o eczemă cronică este inhibat și obstrucționat sever de faptul că, în mod necesar, eczema trebuie tratată cu unguente și acoperită cu bandaje. Hainele sunt deteriorate repede din această cauză. Dat fiind faptul că și mâinile sunt atinse, nu se mai poate folosi de acestea decât cu dificultate. A fost nevoit să întrerupă munca în faza inflamatorie a procesului. Pacientul este deja inhibat în contactele sociale; el se rușinează de boala pe care o are și se consideră dezgustător. Băile de soare și înotul au fost excluse. El este în tratamentul regulat al unui dermatolog. Medicul de familie încearcă să-i stea alături în a-l face să accepte acest mare necaz.

c O femeie cu incontinență urinară trăiește cu spaima că aceasta va fi remarcată, prin miros, de ceilalți. Ea trebuie să fie tot timpul atentă la pierderea de urină și poartă bandaje speciale. Un receptacol de plastic nu este potrivit în cazul ei. Ea nu mai poate face sport. O operație nu este exclusă, dar nu este sigur dacă aceasta va avea succes. Până în prezent, ea a refuzat să fie operată.

d Un pacient a fost tratat de cancer al laringelui prin laringectomie. El nu mai poate acum vorbi normal; el se poate face înțeles cu mare dificultate. Comunicarea verbală abia dacă este posibilă. El a început să sufere de lipsa anturajului. La emoții, el a început să reacționeze printr-un sindrom de hiperventilație. Din când în când, medicul de familie este solicitat din cauza hiperventilării, ocazie cu care el se plânge de durere în piept și anxietate. El mai este încă și sub controlul medicilor din rețeaua pentru canceroși. A munci

Scanned with OKEN Scanner

este deja imposibil; el a căutat un loc de muncă în care să nu aibă de a face cu publicul. Acesta nu îi convine prea mult pacientului: chiar și acolo, comunicările îi sunt inhibate.

e Un pacient a pierdut, datorită unui accident, capacitatea de a se folosi de articulațiile și cartilagiile din ambele brațe. După o convalescență îndelungată, el ajuns la starea de a fi independent atât cât să iasă pe stradă ajutat de un câine care să-l conducă. El este telefonist, și cu ajutorul unei centrale telefonice adaptate, el își poate relua munca. Când are timp liber, el se plimbă și ascultă radio cu plăcere. Controlul este foarte puțin necesar pentru că a fost adus la o stare stabilă acceptabilă.

f O pacientă cu un cord vitium are, în ciuda tratamentului, suferințe legate de o insuficiență respiratorie. Ea este din ce în ce mai puțin în stare să-și facă treburile gospodărești. Ea este sub tratamentul unui cardiolog, care a fost de părere că este bine să se recurgă la un tratament operativ. Pacienta a avut dificultăți și dubii în luarea deciziei. Până la urmă a învins gândul de a amâna sau chiar abandona ideea tratamentului operativ, rămânând să-și diminueze contribuția față de copii și soț.

Aceste expemple pot fi completate cu multe altele: pacientul cu scleroze multiple care decurge cu remisii, la care se aprinde speranța și apoi recade în deznădejde. Pacientul cu o bronșită cronică, ce are infecții recidivante ale căilor respiratorii, lucru pentru care cade de repetate ori la pat. Pacientul cu o hipercolesteromie familială care este amenințat de un infarct de inimă și se teme pentru viitorul copiilor lui și de boala de care suferă etc. etc.

O atenție deosebită se cade acordată pacienților psihiatrici și debililor. Aceștia se află, în majoritatea lor, sub controlul și tratamentul psihiatrilor, fie a unui psihiatru care i-a luat în îngrijire la inițiativa lui, fie a unui serviciu social-psihiatric. Când este vorba de debilitate, aceasta este cel mai adesea sub dirijarea și controlul unui serviciu social-pedagogic. Multe alte organizații din domeniul sănătății psihice pot fi cooptate. O serie de pacienți sunt instruiți pentru a putea primi un loc de muncă pe măsură, alți pacienți sunt preluați pentru tratament în spitale psihiatrice care fac internări cu ziua sau primesc un tratament psihiatric de policlinică. Medicul de familie vine în contact cu acești pacienți numai când apar alte probleme acute, iar instanța psihiatrică angajată în tratamentul curent nu este accesibilă pe moment. El mai poate fi solicitat și dacă apar tensiuni în familie, ca urmare a neacceptării de către pacient, sau chiar de către membrii familiei a normelor instaurate, și au loc manifestări de comportament anormal. Medicul de familie poate pierde din vedere acești pacienți dacă ei sunt preluați în spitale psihiatrice, internate de specialitate sau o familie care se angajează la asistarea medicală respectivă. Pentru a avea o imagine mai exactă, este bine să se știe că medicul de familie are totuși, sub control și tratament, un număr relativ mare de pacienți, fără a beneficia de contribuția sau colaborarea unui psihiatru sau a organizațiilor specializate din acest domeniu. Aceasta se referă mai cu seamă la pacienți cu

Scanned with OKEN Scanner

probleme de arterioscleroză cerebrală, tulburări de comportament, diferite forme de depresie sau probleme care sunt legate de diferite faze ale vieții.

Pentru a ilustra cele de mai sus, vom urmări în detaliu o istorie de boală îndelungată, din care reiese că un proces de boală cronică poate deveni, pe parcurs, extrem de invalidizant și cât de mult afectează acesta pe pacient și pe cei din jurul lui.

g Doamna A este născută în 1916. Ea este căsătorită (soțul este reprezentat al unei agenții) și are doi copii. La vârsta de 9 ani, ea a suferit de poliomelită care i-a atins brațul și piciorul stâng. Ca urmare, piciorul stâng este cu 3 cm mai scurt decât cel drept, iar mușchii piciorului și brațului sunt atrofiați. S-a instalat o scolioză compensatorie puternică. În 1952, ea s-a mutat în practica medicală a altcuiva. A avut de suferit de durerile de cap de pe partea dreaptă și cu amețeală la aplecare. În timpul atacurilor de dureri de cap, care se manifestau în valuri, avea greață și vărsături. Ea a intrat sub tratamentul unui fizioterapeut, a primit un toc pentru înălțarea pantofului stâng, calmante ușoare contra durerii, iar mai târziu, ceva terapie caldă pentru coloana vertebrală superioară. Apoi, ea a fost sfătuită să se odihnească la mijlocul zilei. Ani la rândul ea a trăit sub tensiune și efort; ea a considerat că aceasta trebuie pusă pe seama faptului că soțul a fost plecat cu reprezentanța pentru jumătate de an, exact cu puțin înainte de nașterea fetei celei mari. Ea a considerat ca fiind regretabil faptul să soțul nu poate rămâne cu ea: s-a simțit abandonată. În 1953, ea a fost operată de un apendice inflamat acut. Scurt timp după aceea ea a căpătat o hematurie pentru care investigația urologică nu a putut pune în evidență nici o anormalitate. În 1954 a făcut o hipermenoree care a fost tratată medicamentos. Tot în același an, au reapărut durerile de cap de care a suferit în 1952. Chiar de atunci exista ideea că durerea de cap ar fi migrenă. Această idee s-a confirmat prin faptul că în familie erau mai mulți suferinzi de dureri de cap, și de faptul că reacționa favorabil, cel puțin la început, la pastile antimigrene. În 1955 au apărut semne de depresie; parțial, aceasta se datora situației în care se afla: din cauza durerilor de cap, și din cauza reapariției acum a durerilor de ceafă încă și mai puternice, ea nu a mai fost în stare să se ocupe de gospodărie. A fost nevoie deci să se ia un ajutor în gospodărie. Suferințele se manifestau continuu și au devenit rezistente la terapie. Numai pastilele analgetice mai aduceau o liniștire temporară. Lucrurile acestea au dus, în mod nejustificat, la iritarea medicului de familie care a ajuns să se întrebe dacă nu cumva pacienta exagerează. A fost solicitat consultul unui neurolog care a stabilit diagnosticul de nevralgie cervicală. Ea a primit iarăși terapie cu aplicații calde, exerciții fizioterapeutice și masaje. Neurologul a mai consultat-o din când în când, în cursul anilor. În 1958, ea a început să se plângă de dureri tot mai mari în brațul drept. Puterea ei s-a diminuat de asemenea. Ea a devenit tot mai mult o femeie stând pe scaun și lăsând treburile casei în seama femeii de serviciu, a soțului și copiilor. Cu toate acestea, ea a devenit din ce în ce mai interesată de anturaj, a început să primească multe vizite și și-a făcut câteva prietene bune, iar pe copii îi hrănea fără să mai părăsească scaunul. A început să facă mult lucru

Scanned with OKEN Scanner

de mână, chiar dacă încet. Atunci când ieșea puțin afară, obosea repede și simțea că nu mai poate respira. Aceasta era considerată ca fiind efectul lipsei de antrenament. În 1959, au reapărut semnele de depresie. Pe parcusul a numeroase convorbiri a rezultat că au apărut la suprafață probleme neglijate în copilărie. Și acum, starea fizică avea o contribuție la depresie. În 1960, ea a făcut un ulcer ventricular care a fost tratat cu succes prin medicamente și dietă. Scurt timp după aceea, ea a făcut o hepatită infecțioasă care s-a vindecat în câteva luni. Durerile de pe latura exterioară a brațului și de cap s-au amplificat, în ciuda masajelor, calmantelor, injecțiilor cu vitamina B și a sedativelor. Consultat în repetate rânduri, neurologul a decis efectuarea unei fotografii de contrast, din care a reieșit că o parte cervicală a măduvei coloanei vertebrale stă sub compresiune ca urmare a deformării coloanei cervicale. O decompresare a fost efectuată de către un neurochirurg. După operație, doamna A părea că este paralizată: a apărut o tetraplegie ca urmare a unei hemoragii în măduvă. După un an de tratament intensiv, ea s-a putut întoarce acasă. Refacerea a fost compromisă prin căderea din pat care a provocat o contuzie cerebrală. După tratarea acesteia, ea nu s-a mai putut deplasa decât cu cârje de subțiori.

Casa a fost supusă unor transformări; s-au eliminat denivelările de pasaj pentru ca să se poată deplasa, iar toaleta a fost mărită astfel încât ea să o poată folosi fără ajutor. De atunci încoace, ea își petrece ziua stând pe scaun. Și din cauza aceasta, ea a început să sufere de infecții ale căilor urinare. Ea a fost tratată, ca în trecut, cu calmante contra durerilor, astfel că a apărut o dependență certă. Apoi, a primit tratamentul de întreținere al unui fizioterapeut. De câteva ori, ea a fost în tratamentul serviciului de refacere a articulațiilor. După aceea, aparatul locomotor a funcționat ceva mai bine, dar capacitatea ei generală s-a diminuat, astfel că a mai fost ajutată de serviciul de revalidizare. Acum are nevoie de ajutor complet în gospodărie, astfel că acum își petrece ziua citind, dormind, uitându-se la televizor și conversând. Fiica căsătorită a mai luat-o în câteva rânduri să stea câte puțin în casa ei. Cu câțiva ani în urmă a fost lovită de un mare necaz: soțul ei părea să aibă o tumoare canceroasă la stomac; el a murit în câteva luni. A suferit mult după moartea lui, dar într-un târziu s-a restabilit oarecum. Cu câțiva ani mai înainte, soțul a suferit de ulcer duodenal datorat în parte stresului creat prin situația de acasă.

Medicul de familie o vizitează o dată pe lună. Din discuții, el deduce care este situația în prezent. Multe din informațiile pe care ea le oferă sunt controlate, ca și felul cum funcționează. Este cercetată din când în când urina și sunt prescrise, în măsură limitată, calmante. Din când în când sunt prescrise ghete noi, se fac noi aranjamente cu fizioterapeutul, iar dacă apar probleme cu îngrijirea generală, se reglementează cooptarea eventuală a unui ajutor. Asistenta de cartier o ajută săptămânal să-și facă baie. Uneori, se manifestă căderi depresive, dar acestea se retrag așa cum au apărut. Doamna A vede bine că starea ei se deteriorează și se teme că până la urmă va fi internată într-un spital de bătrâni. Este de mirare cum a reușit ea să suporte atâta suferință și atâtea dificultăți de-o viață, și cu câtă clarviziune înțelege starea ei de moment.

Scanned with OKEN Scanner

URMARILE SECUNDARE ALE CONDIȚIEI DE BOLNAV CRONIC

În funcție de natura bolii, există numeroase complicații secundare ale unei boli cronice. Câteva exemple sunt: pentru diabetul zaharat: arterioscleroza, afecțiuni ale pielii și alte infecții; pentru o afecțiune respiratorie cronică nespecifică: infecții cronice ale căilor respiratorii, cord pulmonar; pentru ulcer duodenal: după operație: anemie; după o operație de prostată: tulburări de potență.

Mai sunt însă și urmări mai generale ale faptului de a fi bolnav cronic, care sunt puse pe seama diminuării mobilității. S-a mai arătat înainte, pe scurt, că inactivitatea are un efect nefavorabil asupra întregului aparat locomotor. Aceasta este cauzată de slăbirea mușchilor, decalcifierea scheletului, contracturi și diminuarea funcției inimii și plămânilor. Medicul de familie trebuie să aibă în vedere posibilitatea apariției acestor consecințe și să încerce să activeze pacientul, să-l determine să facă exerciții, să se plimbe și chiar să practice un sport adecvat. Dacă un pacient este puternic inhibat în activitățile sale de un handicap, atunci este posibil de a fi tratat periodic într-un serviciu de revalidare. Osteoporoza trebuie combătută pe cale medicamentoasă adecvată [calcium, fluor (?), vitamina D, hormoni (?)]. Mai ales dacă pacientul a fost îndelung tratat cu corticosteroide, medicul de familie trebuie să se gândească la apariția unei osteoporoze. Dacă pacientul este puternic invalid, lucru pentru care este complet legat de un scaun sau instalație, va trebui considerată posibilitatea infecțiilor căilor urinare (retenție, calciurie) și a decubutusului (circulație proastă, alimentație). Evident, mai poate apărea constipația ca urmare a imobilității corporale mai ales dacă se combină cu o inadecvată cimentare a „prețului plătit pentru boală". Anumite forme de alimentare unilaterală pot duce, cu timpul, la forme de anemii. De asemenea insomnia este o problemă frecventă a bolnavului cronic: nu întotdeauna este aceasta de combătut cu somnifere. Acest întreg proces este numit bine prin expresia „invaliditate invalidizantă".

Printre urmările secundare ale bolii cronice trebuie enumerate și reacțiile psihice. O serie de contacte sociale pot recădea la minimum întrucât bolnavul trăiește in afara vieții normale, ceea ce poate contribui la instalarea depresiei. Dacă interesul celorlalți pentru cel bolnav scade, contactele se vor reduce. Ei ar putea să susțină pe cel bolnav prin aceea de a menține contactul cu cei sănătoși.

A FI BOLNAV CRONIC

Pe parcursul precedentelor două paragrafe, s-au descris o serie de factori asupra cărora trebuie să se concentreze atenția medicului de familie în tratarea bolnavilor cronici. Aceasta ne-a obligat la evidențierea unui număr de boli cronice. În acest paragraf va fi dată o sistematică a acestor factori ca și a altora. În legătură cu aceștia, se vor distinge trei categorii de bolnavi cronici:

a aceia care nu sunt inhibați, obstrucționați în exercitarea unei profesii (cu invaliditate de gradul 6);

Scanned with OKEN Scanner

b aceia care din cauza bolii au limitări certe (invaliditate de gradul 4 și 5);
c aceia care, datorită bolii, sunt atât de invalizi încât sunt cu totul sau aproape cu totul legați de casă (cu invaliditate de gradul 3 sau mai scăzută).

CONTROLUL PACIENȚILOR CARE NU SUNT OBSTRUCȚIONAȚI ÎN ACTIVITĂȚILE LOR

Pacienții care fac parte din această categorie sunt puțin tulburați de boală în activitățile zilnice. Ei trebuie să accepte unele limitări, dar acestea nu influențează activitatea lor. Dirijarea acestor pacienți de către medicul de familie constă din următoarele elemente:

a *Controlul procesului de boală*. Medicul de familie stabilește împreună cu pacientul ca acesta să vină regulat la consult. Frecvența consulturilor este în funcție de natura și progresia bolii. Medicația determină de asemenea frecvența controlului.

Natura bolii. O serie de boli și afecțiuni cronice nu reclamă un control regulat deoarece nu este necesar un tratament. Pacientul își va consulta medicul de familie pe măsură ce afecțiunea provoacă suferințe și deci apare necesitatea de a le combate. Un exemplu în acest sens este o artroză deformată la debut: dacă diagnosticul s-a stabilit și pacientul a fost sfătuit să reducă solicitarea articulațiilor respective, controlul ulterior nu mai este necesar; pacientul îl va consulta pe medicul de familie dacă începe să fie deranjat de urmările artrozei, adică de dureri sau limitări în mișcări. Pentru alte boli însă, controlul regulat va fi necesar. Acesta este cazul cu, de pildă, hipertensiunea: este vorba de strădania de a aduce tensiunea sanguină la un nivel considerat acceptabil, pentru a preveni complicații pe termen lung; inițiativa cu privire la control o va avea mai ales medicul de familie, mai ales dacă eventualele modificări în starea pacientului sunt dificil de constatat de către acesta. De asemenea, un pacient cu o tulburare a funcției rinichilor va fi în mod regulat controlat la inițiativa medicului de familie, deoarece o diminuare a funcțiilor rinichilor poate fi mult mai greu depistată de pacientul însuși.

Măsura progresiei. Acesta este al doilea element ce determină efectuarea controlului. Dacă se constată că nu au intervenit modificări în starea bolii, sau modificările sunt nesemnificative, frecvența controlului poate fi relativ scăzută; când însă modificările indică o avansare a bolii, frecvența controlurilor se va ridica astfel încât să permită efectuarea dirijării. Pacientul va percepe creșterea frecvenței ca un indicator al agravării, astfel că medicul de familie trebuie să explice și starea și rolul controalelor. Controlul nu trebuie să fie standardizat, ci adaptat nevoii stricte de a-l efectua. De asemenea unii medici vor lăsa controlul mai mult pe seama inițiativei pacientului, decât alții: este bine ca la sfârșitul unui consult să se stabilească data celuilalt, dar se poate și ca pacientul să fie informat cam după cât timp trebuie să revină, astfel că pacientul și medicul împart inițiativa. Care este metoda de adaptat depinde de felul în care este organizată practica. Dacă de pildă medicul nu are

Scanned with OKEN Scanner

o oră la care pacientul să se poată prezenta neanunțat, inițiativa pacientului va fi oarecum exclusă. Și filozofia de bază a medicului joacă un rol în acest sens: el se vede pe sine ca un permanent protector al pacienților săi sau numai ca un avizor consultat de aceștia?

Dacă s-a ajuns la decizia că este nevoie de un control regulat, atunci conținul acestuia trebuie precizat într-o schemă. Aceasta poate fi chiar foarte simplă (de exemplu, pentru controlul hipertensiunii), dar un control al funcției rinichilor sau fundului de ochi, tot ca exemplu, poate fi mai ușor trecut cu vederea. Dacă investigațiile de laborator fac parte din controlul periodic, atunci este mai bine ca acestea să fie efectuate înaintea consultului, pentru a beneficia de rezultatele analizele pe parcursul consultului.

Trimiterile la specialist pe durata controlului se vor face în funcție de valoarea rezultatelor acestuia. Acestea vor fi evaluate astfel încât, mereu, să se considere la timp o trimitere la specialist.

b *Trimiterea și colaborarea cu specialistul.* Tocmai în cazul bolilor cronice sunt trimiterile mai necesare, cel puțin o dată, fie și numai pentru confirmarea diagnosticului sau pentru stabilirea acestuia. După aceea, sunt posibile diferite situații: **a** după ce rezultatele cercetărilor specialistului s-au făcut cunoscute, medicul de familie stabilește controlul și tratamentul; **b** sau specialistul preia controlul și tratamentul cu totul în seama lui; **c** medicul de familie tratează și controlează pacientul în timp ce, periodic, acesta este controlat și de către specialist.

Alegerea uneia din aceste trei posibilități depinde, printre altele de: **1** Reclamă controlul sau tratamentul tehnic de specialitate? **2** Dispune medicul de familie de dotările de laborator necesare? **3** Este specialistul gata să lase în seama medicului de familie controlul și tratamentul? **4** Este medicul de familie pregătit să preia controlul și tratamentul? **5** Către care se îndreaptă preferința pacientului? Există multe obiecții la ideea de a decide lăsarea în seama specialistului a controlului și tratamentului: în caz de boală acută sau de agravare subită, tot medicul de familie va fi solicitat, care, nu mai este, în acest caz, la curent cu evoluția bolii. O astfel de lacună poate fi evitată dacă specialistul trimite regulat informații la medicul de familie, dar în practică se pare că lucrul acesta este mai puțin realizabil. Pe deasupra, medicul de familie este, datorită circumstanțelor muncii lui, în situația de a aborda pacientul în integralitatea lui, iar aceasta vrea să spună că el poate implica în tratament aspecte psihologice și ale situației de viață ale pacientului. Tocmai în cazul bolilor cronice acest fapt este mai important. Pentru aceste rațiuni, mai ales cele de la punctele **a** și **c** este mai bine ca medicul de familie să fie preferat. Care din modalități este mai bună se va hotărî de la caz la caz. Totuși, la specialiști există tendința de a ține un pacient lung timp sub control.

Dintr-o cercetare asupra trimiterilor la specialist[7] rezultă că, pentru o serie de boli, controlul și tratamentul specialistului s-a prelungit pe o perioadă mai lungă de un an. Tabelul 16–3 sintetizează bolile pentru care 30% din pacienții deja trimiși la specialist după un an au fost retrimiși. (În Olanda, trimiterea la un specialist poate avea loc numai dacă medicul de familie scrie o

Scanned with OKEN Scanner

scrisoare-tip în acest sens; o astfel de trimitere este valabilă un an de zile, după aceea, ea trebuie reînnoită tot de medicul de familie.)

Tabelul 16–3.
Boli pentru care s-a prescris o trimitere repetată la specialist în mai mult de 30% din cazuri. (Preluat din J. C. van Es și H. R. Pijlman, „Trimiterea la specialist a pacienților cu asigurări medicale de bază în 122 de practici olandeze", în *Medicul de familie și Știința*, 1970, 13, 433.)

diagnosticul	*procentul trimiterilor repetate din totalul trimiterilor*
diabet zaharat	66
bronșită cronică, emfizem, bronșită alveolară	65
spargerea valvelor, alte reumatisme ale inimii	59
tromboză coronariană	57
epilepsie	50
hipertensiune	49
boli ale sângelui	47
boli ale glandei tiroide	46
boli ale sistemului nervos central	46
boli ale sistemului nervos periferic	46
boli de nutriție, adipozitate	39
boli alergice	38
cataractă sau glaucom	37
angină pectorală	37
eczemă, dermatită	37
tulburări psihice, exclusiv psihoze și depresii	36
depresie	33
afecțiuni maligne	32

Aceste procente exprimă cu mare certitudine cât de mult este implicat specialistul în tratarea și controlul pe termen lung. Din tabel nu reiese însă dacă, pe aceeași durată, pacientul a fost și sub controlul și tratamentul medicului de familie.

c *Controlul terapiei medicamentoase.* Arsenalul farmaco-terapeutic a devenit atât de complicat și conține atâtea mijloace puternice de terapie, încât medicul de familie trebuie să-l folosească cu multă precauție. Pentru tratamentul multor boli și suferințe stau la dispoziție mijloace foarte bune și efective; prin intermediul produselor farmaceutice, multe boli sunt oprite din evoluție și multe suferințe sunt combătute; chiar și prin prescrierea preventivă de medicamente. Utilizarea de medicamente a fost însă puternic încurajată și de concepția pacienților conform căreia, pentru fiecare rău, există un antidot: din care a decurs dorința ca, pentru fiecare plângere să se aștepte primirea unui medicament, o dorință la care medicul de familie nu subscrie deseori.

Scanned with OKEN Scanner

Nu rareori rezultă că – și aceasta se referă mai ales la vârstnici – pacientul folosește patru sau chiar mai multe produse farmaceutice în același timp, care sunt prescrise de medicul de familie sau specialist, în timp ce automedicația se instalează ușor.

Sarcinile medicului de familie sunt: **a** să urmărească dacă pacientul uzează de medicamentele ce sunt cu adevărat necesare și dacă le folosește de o manieră corectă (conformarea = terapie de încredere); **b** să stabilească dacă medicamentele folosite pot fi combinate între ele; **c** să se gândească dacă anumite medicamente nu cumva pot fi eliminate sau excluse de la următoare rețetă; **d** să urmărească dacă s-a obținut efectul cel mai mare; **e** să considere posibilitatea efectelor secundare ale medicamentelor (pentru care este necesară cercetarea tabloului alb al sângelui, determinarea proporției hemoglobinei și cercetare a sângelui eliminat o dată cu fecalele); **f** se va îngriji să informeze pacientul asupra medicamentelor prescrise, ca și asupra posibilităților de apariție a efectelor secundare (cu privire, de exemplu, la restricții de circulație cu propria mașină); **g** să-l determine pe pacient să țină o fișă de evidență a medicamentelor pe care le folosește (corticosteroide, antidiabetice, antistolice, mai ales). O problemă practică este aceea că medicul de familie nu este întotdeauna informat de medicamentele prescrise de specialist. Tratamentele introduse de mai mulți specialiști în același timp măresc mult riscul în acest sens. Cea mai bună cunoaștere poate fi obținută dacă medicul de familie îi cere pacientului să aducă toate flacoanele și ambalajele medicamentelor folosite.

d *Măsuri preventive*. Medicul de familie trebuie să stabilească exact care sunt riscurile la care este expus pacientul. În caz că sunt necesare, se vor instala măsuri preventive, cum sunt administrarea profilactică de antibiotice suferinzilor de bronșită cronică, tratamentul cu antistolice a pacienților cu risc ridicat la tromboză sau embolie, administrarea de vaccin contra influenzei. Medicul de familie poate instaura aceste măsuri preventive în mod sistematic, într-un sistem administrativ, cu ajutorul căruia poate chema oricare pacient la timpul potrivit. El însă poate lăsa inițiativa la latitudinea pacientului.

e *Avizarea pe mai departe a pacientului*. Elementele menționate la **a**, **c** și **d** de dirijare a pacientului pot fi determinate de către medicul de familie; acestea sunt o expresie a considerentelor de ordin medico-somatic. Controlul și dirijarea pacientului sunt însă mai largi. Medicul trebuie să fie în stare să răspundă întrebărilor și problemelor care-l preocupă pe pacient. Mai întâi de toate, medicul de familie va trebui să știe să asculte la ceea ce pacientul are de spus (și încă nu a spus), și să înțeleagă semnificația pe care o au pentru pacient bolile și suferințele și influența lor. Medicul de familie poate, după aceea, să-și formeze propriile considerente asupra măsurii în care întrebările sunt problematice, să sfătuiască pacienții tineri cu privire la alegerea profesiei, să răspundă la întrebarea dacă boala este ereditară, sau unde rezidă responsabilitatea în a decide dacă sau nu să se aibă copii, să încerce rezolvarea tensiunilor sexuale, a temerii pentru evoluția unei afecțiuni, și a sentimentului de a fi amenințat. Printr-o informare bună, medicul de familie poate ajuta pacientul să capete o

Scanned with OKEN Scanner

înțelegere corectă a situației, iar anxietățile și îngrijorările nenecesare pot fi combătute. Este extrem de important ca pacientul să fie ajutat să se comporte cât mai normal posibil și să se simtă cât mai puțin pacient. Medicul de familie trebuie să fie mereu deschis chiar și la întrebări și idei ale pacientului asupra bolii lui, la sugestii pe care le-a citit într-o revistă oarecare, sau asupra necesității de a consulta un alt specialist. Iar el poate fi confruntat cu consecințele sociale ale condiției cronice a unui bolnav: respingerea de la o slujbă sau plata de premii mai ridicate pentru asigurări pe viață. Medicul de familie poate informa anumite organizații, cum ar fi asociațiile de pacienți, asupra existenței fiecărui pacient bolnav cronic.

Aspectele atât de diferențiate ale dirijării, controlului și acordării ajutorului cer o continuă schimbare a relației pacient–medic. Dacă de pildă, pacientul se plânge de unele dificultăți, sau dacă trebuie luată o hotărâre asupra eventualității luării unui serviciu, atunci caracteristică va fi relația de „cooperare mutuală". Dacă însă trebuie să se hotărască cât de des trebuie analizat sângele și urina, sau ce fel de medicamente se vor administra, atunci prezent va fi un model de „ghidare-cooperare". Este deci posibil ca, pe parcursul unui singur consult, relația pacient–medic să își schimbe forma de mai multe ori.

CONTROLUL PACIENȚILOR CARE AU CU CERTITUDINE LIMITĂRI ÎN ACTIVITĂȚILE LOR

Acordarea asistenței despre care se va vorbi în acest paragraf se referă la pacienții cu invaliditate de gradul 4 și 5, care pot deci efectua numai treburi gospodărești ușoare ca lucru de mână, deplasare, și care au nevoie, dată fiind limitarea lor, de ajutor pentru părțile mai grele ale muncii. Ceea ce s-a discutat în paragraful anterior este valabil parțial și pentru această categorie. La acestea se mai adaugă următoarele elemente:

f *Menținerea și ameliorarea invalidității.* Depinde de natura bolii invalidizante care va fi maniera în care se va menține un anumit nivel al validității (se previne înrăutățirea) sau se va ameliora. Cunoștințele din acest domeniu s-au dezvoltat: astfel, în ultimii ani, a devenit de interes că un pacient care a suferit un infarct de cord este revalidizat într-un centru. Această revalidizare este însă o formă de specializare. Sarcina medicului de familie în această privință este foarte redusă: el poate duce pacientul la un astfel de centru, arătându-i că este vorba de o posibilitate de a activa procesul de ameliorare, mai mult decât așteptând pasiv trecerea timpului. Revalidizarea pacienților cu o afecțiune a aparatului locomotor (neurologică, reumatică sau traumatică) poate avea loc uneori după externarea din spital. După aceea este de mare importanță ca pacientul să nu fie „lăsat să scadă sub nivelul de la externare". Medicul de familie trebuie să încurajeze, să promoveze ca revalidizarea și readaptarea socială să aibă loc cât mai repede. Pentru aceasta, este foarte important ca el să aibă mereu un ochi atent asupra „invalidității invalidizante". Astfel, el trebuie să ia decizii asupra unui număr de factori inhibanți, limitanți. Ruding[8] numește următorii factori:

Scanned with OKEN Scanner

Multitudinea persoanelor și instanțelor care se ocupă de acordarea ajutorului, ca specialiști medicali, experți medicali din sfera asigurărilor, medici de întreprindere, medici specializați în capacitatea de muncă, consilieri pentru alegerea profesiei, experți în școlarizare, institute de revalidizare, și numeroase altele. Comunicarea reciprocă este adesea foarte deficitară.

Cunoaștere insuficientă a medicului a problemelor (re)adaptării la procesul de muncă. Cooptarea medicilor de întreprindere, printre alții, este de mare importanță.

Incertitudinea are un efect asupra capacității de refacere, mai ales în funcție de momentul când se instalează; dacă încă nu s-a atins un stadiu final de stabilizare, atunci apar numeroase probleme practice.

Insuficienta colaborare dintre medicul de familie și expertul medical de asigurări duce la situații când pacientul rămâne luni de-a rândul sub legislația de boală fără ca în acest timp el să beneficieze de control medical.

Dotările din domeniul revalidizării și fizioterapiei se dovedesc de multe ori insuficinte.

Societatea oferă adesea posibilități insuficiente pentru integrarea celui mai puțin valid.

Factorii de mai sus alimentează o nevrotizare secundară și o fixare somatică.

Foarte multe din cele arătate mai înainte se regăsesc în concepția exprimată prin ideea „pacientul este pierdut pe undeva, prin organizația medicală". Medicul de familie trebuie să se lupte să-l elibereze pe pacient de această organizație. Lucrul acesta este important pentru că bolile de lungă durată lucrează în direcția demotivării de a mai voi o adaptare la situația de muncă[9]. Dintr-o analiză a unui număr de persoane care au încetat munca de cel puțin trei luni, reiese că numai un procent foarte mic ajunge să-și reia activitatea. Pentru o parte a acestora, rațiunea rezida în gravitatea bolii, dar pentru cea mai mare parte restantă, cauza a fost insuficiența măsurilor de revalidizare.

Medicul de familie trebuie de asemenea să supraveghese validitatea în cursul anilor. Noi am arătat că invaliditatea însăși invalidizează. Deseori este nevoie ca, din timp în timp, pacientul să „repete exercițiile" prin preluarea temporată în tratamentul unui fizioterapeut. Alteori, el poate fi ajutat prin măsuri și mijloace relativ simple. Medicul de familie trebuie să fie astfel organizat încât să aibă în vederea asemenea posibilități: un pacient poate avea dureri mari datorită unei clavicule sau unei unghii crescute defectuos; o pedichiură poate rezolva problema. Medicul se poate folosi de mijloacele tehnice pentru a ridica scorul la indexul IAVZ.

Foarte dificil este atunci când boala progresează și la fel și invaliditatea. Atunci devine din ce în ce mai greu să se mențină condiția pacientului. Reducerea capacităților este extrem de frustrantă, iar felul în care are de a face cu această reducere are nevoie de un ajutor: în ciuda capacităților diminuate el trebuie să-și conserve valoarea de sine și să se adapteze la circumstanțele limitate.

g *Bolnavul cronic în cadrul familiei.* Un invalid de nivel moderat influențează deja buna funcționare a familiei. Dacă cel bolnav cronic este cel

Scanned with OKEN Scanner

ce aduce veniturile familiei, măsura în care familia este afectată economic depinde de măsura invalidității. Eventuala funcționare diminuată a mamei se poate rezolva prin luarea în serviciu a unui ajutor în gospodărie din afară sau prin aportul celorlalți. Dacă copilul este cel bolnav cronic, aceasta influențează funcționalitatea întregii familii, dar mai cu seamă a celorlalți copii, fie și numai prin atenția sporită acordată celui bolnav. Este important ca medicul de familie să observe interacțiunea din cadrul familiei pentru a putea prevedea disturbările. Semnalarea la părinți a problemelor neglijate este uneori suficientă; alteori este necesară o intervenție mai adâncă, de pildă prin cooptarea Biroului Medical de Dezvoltare a Copiilor.

URMĂRIREA PACIENȚILOR CARE NU SE POT DEPLASA

O diferență față de pacienții menționați mai sus este aceea că medicul de familie trebuie să viziteze acasă acești pacienți pentru efectuarea controlului și tratamentului. Inițiativa în această privință nu mai poate rămâne la latitudinea pacientului: medicul este cel care dispune. De cele mai multe ori, aceste vizite au un caracter regulat și pot ajunge, pe parcurs, atât de obișnuite încât pacientul se va considera abandonat dacă medicul nu vine o dată la ziua stabilită. Acești pacienți, din care fiecare medic de familie are câțiva în practica sa, constituie cota permanentă a programului de vizite domiciliare. În afara aspectelor privitoare la control și tratament deja menționate, la acești pacienți se mai adaugă următoarele puncte de importanță:

h *Asistarea și îngrijirea pacientului.* Dacă pacientul poate îndeplini toate funcțiile IAVZ, asistarea (de asistent medical) nu este necesară; dacă una sau mai multe activități nu le mai poate efectua de sine stătător, atunci ajutorarea lui este necesară. Medicul de familie va stabili, de comun acord cu pacientul și membrii familiei, cine va prelua activitățile de asistență (medicală). Mai totdeauna este solicitată, pentru aceasta, asistenta de cartier. Aceasta, la rândul ei, poate vedea câți din membrii familiei pot fi cooptați. Lucru acesta depinde de cine este cel bolnav cronic: dacă acesta este mama, la caz că există o repartiție tradițională pe roluri, soțul va putea avea obiecții în a prelua treburi gospodărești mai ales dacă are un serviciu, iar pentru copii, prezența, ani de zile, a unei asistente pentru ajutor este extrem de deranjantă. Dacă femeia este cu totul incapabilă de a face gospodărie, vor fi necesare atâtea ajutoare, câte feluri de treburi sunt de făcut. Dacă însă un bărbat sau un copil este bolnav cronic, medicul de familie va trebui să observe câtă suprasolicitare presupune aceasta pentru asistență și îngrijire (inclusiv din partea mamei).

În general vorbind, nu este posibil ca un pacient cu invaliditate de nivelul 1 sau 2 să rămână în mediul familiei pentru a fi asistat și îngrijit. Aproape totdeauna, pentru suferinzii de anumite forme de invaliditate, este necesară internarea într-un așezământ medical sau ceva similar locuințelor special amenajate. Pe cât mai mult posibil, medicul de familie va trebui să prevină

Scanned with OKEN Scanner

rămânerea nenecesară la pat. Invalidizarea la care duce aceasta este atât de mare încât poate interveni repede o evoluție către nivelul 1 sau 2. Dacă totuși, mai devreme sau mai târziu, acest nivel este atins, medicul de familie va alege, împreună cu pacientul și familia, momentul când preluarea într-un așezământ medical nu mai poate fi evitată. Aceasta este o decizie extrem de mare, care adesea este luată cu multă greutate. Nu de puține ori, aceasta este o adevărată calamitate pentru familie: un alt membru al familiei cade bolnav sau devine supratensionat.

i *Exercitarea unei profesii sau continuarea unor studii.* Atâta timp cât vorbim de bolnavi cronici, exercitarea unei profesii este, cel mai adesea, imposibilă, dar se poate lupta pentru ajungerea într-o astfel de posibilitate. Dacă se poate realiza, aceasta este de o însemnătate enormă pentru valoarea de sine a pacientului, pentru menținerea contactelor sociale și pentru echilibrarea îndeplinirii rolului lui în familie. Numeroase instanțe social-medicale și medicale pot fi cooptate pentru aceasta. Dacă nu se poate aștepta nici o soluție în această direcție, atunci trebuie să apară o bună repartiție a timpului la dispoziție. Acesta este, în ultimă instanță, determinat de cel în cauză, dar medicul trebuie să-l stimuleze mult în acest sens.

Dacă bolnavul este încă la vârsta școlarizării, atunci trebuie să se lupte ca tânărul să urmeze cât de cât o formă de învățământ, de pildă la o școală specială pentru copii cu insuficiențe corporale. Urmarea unei forme de educație este de cea mai mare importanță pentru menținerea stimei și atitudinii pozitive cu privire la independență.

j *Bolnavul cronic și funcția familiei.* La punctul g s-a vorbit pe scurt despre schimburile dintre bolnavul cronic și restul familiei. Dacă bolnavul cronic este atât de invalid încât el este (aproape) cu totul legat de casă, influența asupra familiei este, de la sine înțeles, enormă. Prezența lui permanentă poate avea, cu timpul, un efect negativ asupra membrilor familiei. Uneori, o vacanță fie a celui bolnav, fie a câte unuia din familie, mai poate ameliora situația. Pentru aceasta există numeroase posibilități. Vacanța pentru bolnav nu este importantă numai pentru familie, ci mai ales pentru cel bolnav pentru că schimbă mediul, poate întâlni alți oameni în situația lui. La o tulburare profundă a relațiilor dintr-o familiei, indicația de internare definitivă devine foarte necesară. Prezența unui bolnav cronic nu trebuie lăsată până când se pun la încercare funcțiile fundamentale. Copiii mai ales trebuie crescuți protejați de ideea că ar proveni dintr-o familie „care este altfel", și ei trebuie să poată avea contacte cu alți copii și prieteni. Chiar și femeia casnică nu trebuie închisă în casă. Depinde foarte mult de atitudinea bolnavului însuși să nu devină prea egoist și să restrângă astfel libertățile altora, ca și atitudinea lor cu privire la bolnav.

O relație care rămâne prea adesea nediscutată, dar care presupune foarte multe probleme, este relația de căsnicie dintre soți. Foarte mulți bolnavi cronici devin incapabili, prin disfuncționarea lor corporală, ca și prin claustrare, să

Scanned with OKEN Scanner

mențină relații umane normale. Lucrul acesta poate deteriora acceptarea de sine care, la rândul ei, deteriorează acceptarea lui de către alții, care este, apoi, o condiție a acceptării de sine etc. Persoanele care sunt în perioada de creștere sunt foarte mult handicapate într-o relație stabilă de boala cronică și invaliditate. Riscul de izolare socială se mărește progresiv. *Dacă* însă pacientul nu are sentimente de diminuare a valorii de sine, iar partenerul nu se simte deranjat de invaliditate, atunci o relație este *foarte* posibilă, iar astfel de exemple pot fi observate ca fiind chiar un model de relații între parteneri. Dacă invaliditatea intervine la o vârstă mai înaintată atingând pe unul din soți, atunci nu fiecare poate suporta; de multe ori urmarea este un divorț. În alte cazuri, relația poate, din contra, deveni mai intensă. De asemenea, pot apărea probleme sexuale, ca tulburări de potență sau inhibare la coitus. Adesea pacientul trebuie să aibă puterea de a aduce în discuție aceste probleme, dar inițiativa unei astfel de convorbiri stă de multe ori în seama medicului de familie. Aceasta poate contribui mult la trecerea peste sentimentul de singurătate. Un ajutor mai concret poate fi oferit dacă pacientul poate învăța să descopere că formele incomplete de sexualitate sunt uneori mai în măsură să-i arate omului ce este dragostea, satisfacția, ce înseamnă răspunderea pentru celălalt (Verkuyl[10]). Dacă medicul de familie îl poate ajuta pe pacient în acest spirit, atunci codul de comportament nu mai este urmat cu orbire astfel că, într-o relație de calitate, el nu se va mai simți „nebun" sau „anormal", ceea ce va face ca sexualitatea să fie o formă de eliberare.

Medicul de familie poate fi de folos prin informarea asupra existenței mijloacelor de ajutorare.

COLABORAREA CU ALȚI SPECIALIȘTI

Ajutorarea bolnavilor cronici presupune adesea cooptarea a numeroși profesioniști ce pot acorda asistență. Riscul de apariție a dublării, paralelismului muncii prin faptul că asistarea se întinde pe timp lung, nu trebuie să fie pierdut cu vederea. Structura prezentă a serviciilor medicale face ca o reală și efectivă coordonare să fie dificilă. Instanțele de asistență și ajutor nu par să fie în interdependență; iar cu practicanții liberi de asistență medicală legăturile sunt încă și mai accidentale. Într-o comunitate mică este mai probabil ca toți cei ce pot acorda ajutorul să ajungă odată la o aceeași întrunire, formând astfel o „echipă a casei" (constând cel puțin din medicul de familie, asistenta medicală și asistentul social); ceea ce face posibil un control consecvent. O astfel de echipă nu este posibilă în marile orașe: pentru fiecare pacient este nevoie de formarea unei echipe diferite; numai rareori aceiași profesioniști care acordă ajutor sunt implicați în asistarea mai multor pacienți. Din acest punct de vedere, medicul de familie trebuie să fie în alertă; el va fi acela ce va coordona diferitele forme de acordare a ajutorului.

Puțini pacienți cronici vor încerca să caute ajutor la vraci, magnetizatori sau alți neprofesioniști. Este important ca medicul de familie să fie tolerant față de astfel de tendințe, și să înțeleagă că pacientul și familia vor să încerce

Scanned with OKEN Scanner

totul pentru vindecare. Numai atunci când astfel de practici elimină sau deteriorează tratamentul medical propriu-zis, medicul de familie se va implica încercând să ajungă la o înțelegere corectă din partea pacientului a ceea ce este efectiv de ajutor. Este important ca relația de încredere să fie astfel încât să-l determine pe pacient să caute ajutorul mai curând la medicul de familie decât aiurea, să-l facă să vorbească deschis despre nevoile lui.

De o însemnătate esențială este ca acordarea ajutorului să capete un caracter cât mai integral. Specializarea crescândă, atât din medicină, cât și din domeniul social, face ca fragmentarea să reprezinte un pericol. Pentru a răspunde nevoii de a beneficia de cel mai bun tratament, solicitantul este trimis adesea la specialiști care sunt mai pricepuți într-un anumit domeniu al medicinii sau socialului. Faptul acesta poate avea ca urmare că bolnavul are tot mai multe contacte cu profesioniști care acordă asistență astfel că, de fapt, nimeni nu are răspunderea lui ca bolnav, ci numai pentru câte o suferință, o parte a bolii lui. De aceea, trebuie să ne întrebăm dacă nu tocmai în acest sens medicul de familie are o sarcină prin excelență: el este, nu-i așa, acela ce posedă cunoașterea asupra dependențelor reciproce dintre fațetele fizice, psihice și sociale în ceea ce-l privește pe pacient. Ajutorul – oricât de înalt profesional poate fi – se poate fragmenta de la sine. Medicul de familie va lua în considerare, mereu împreună cu pacientul, dacă acest ajutor – atât medical, cât și de ordin social – nu este mai bine de concentrat pe o persoană, cea a pacientului, în schimbul unei specializări prea accentuate, sau a implicării prea multor specialiști.

Scanned with OKEN Scanner

Note la capitolul 16

NOTA 1. LISTA DE CONTROL A CONDIȚIILOR CRONICE

Pe lista de control a condițiilor cronice sunt înregistrate următoarele boli și afecțiuni: astmul, febra fânului, tuberculoza, bronșita cronică, sinuzită recidivantă, reumatism acut, arterioscleroza, hipertensiunea, accidentul cerebrovascular, hemoroizi, tumori, chisturi, inflamații, afecțiuni cronice de ficat sau vezică biliară, afecțiuni cronice de stomac, pietre la rinichi sau afecțiuni renale cronice, artroza sau reumatismul, boli psihice, diabetul, boli ale glandei tiroide, alergie, epilepsie, nervozitate cronică, cancer, afecțiune cronică de piele, hernia sau fractura, afecțiune de prostată, surzenie sau tulburări de auz, tulburări ale vederii (și purtarea de ochelari), dentiție și plafonul bucal, tulburări de vorbire, lipsa unor membre sau părți ale acestora, paralizie, suferințe dorsale recidivante, picior de lemn (proteze), sau deformarea coloanei vertebrale sau a extremităților și anormalități din naștere.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 Polliack, M., N. Shavit et al., „Prevalența bolilor de lungă durată în practica de familie", *J. Royal Coll. Gen. Pract.*, 1973, 23, 770.

2 Katz, S. et al., „Studii ale bolilor la bătrânețe. Indexul AVZ (Activităților vieții zilnice)", *JAMA*, 1963, 185, 914.

3 Leering, C., *Funcționarea disturbată*, Nijmegen-Utrecht, 1968.

4 Fennis, H. W. J., „Distribuția (in)validității somatice la persoanele vârstnice", *TNO-neuws*, 1970, 22, 417.

5 Michels, J. J. M., „Familia cu un pacient bolnav cronic corporal", *Kath artsenblad (Ziarul catolic al medicilor)*, 1968, 47, 294.

6 NHG-Standard Hipertensiune, n: *Standardele-NHG pentru medicii de familie*, 1993, Bunge, Utrecht.

7 Es, J. C. van și H. R. Pijlman, „Trimiterile la specialist ale pacienților cu asigurări medicale de bază în 122 de practici olandeze", *Medicul de familie și Știința*, 1970, 13, 433.

8 Runding, R., „Factori somatici și invaliditatea", *Medic și asigurările sociale*, 1970, 8, 56.

9 Buma, J. T. și H. S. Zwarenstein, „Despre «cazurile de trei luni»", *T. Soc. Gen.*, 1969, 47, 286

10 Verkuyl, A., „Poziția handicapatului corporal în societatea noastră, în legătură cu sexualitatea", *Metamedica*, 1972, 15, 254.

Scanned with OKEN Scanner

17 Decesul și doliul

Asistarea medicală a muribundului este o sarcină care, prin felul ei, poate fi îndeplinită cel mai bine de către medicul de familie. Deși „totalitatea", despre care s-a vorbit în primul capitol, este în final sfărâmată, în perioada premergătoare, pe parcursul căreia mai este încă timp, este de dorit și necesar ca acordarea ajutorului să fie direcționată asupra totalității omului. Aceasta nu este numai o dorință sau un scop existențial; asistența care este îndreptată către integralitate chiar și în faza de moarte, este mai efectivă cel puțin în a combate durerea. Medicamentele calmante de durere vor ajuta cu mult mai bine dacă există o relație de încredere între medic și pacient. Dacă medicul de familie se va implica în suferințele psihice și în trăirea situației, atunci aceasta va promova combaterea durerii.

Urmărirea muribundului este orientată către a face pe cât posibil suportabilă viața pe timpul care a mai rămas. Aceasta se referă, între altele, la menținerea comunicării cu ceilalți. Se pot ridica numeroase obstacole în calea acesteia. Ele pot fi de natură fizică (durere, greață), psihică (depresie, nevroză) sau relațională. Miezul asistenței este de a îndepărta aceste obstacole pentru ca pacientul să-și poată duce existența de o manieră rezonabilă.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Pe parcursul capitolului precedent, s-a vorbit despre acordarea ajutorului pacientului bolnav cronic care avea o prognoză favorabilă; acum se va vorbi despre asistarea pacienților care au o boală cu o evoluție ireversibilă către moarte. În capitolul 4, am menționat că un medic de familie cu o practică de 2 500 de pacienți este confruntat cu aproximativ 21 de cazuri mortale într-un an. Din acestea, decesul intervine după o boală de inimă sau circulatorie, sau datorită unei afecțiuni maligne în 17 cazuri. Din acești pacienți, 15 sunt mai în vârstă de 65 de ani, iar o dată la unul sau doi ani, medicul de familie are de a face cu un copil muribund mai mic de 15 ani. Se știe că, în 1970, 44% din cazurile mortale au avut loc în spitale[1], restul pacienților murind acasă sau într-o casă sau centru de bătrâni, în principal deci sub urmărirea medicului de familie (excluzând numărul relativ mic de accidente mortale de pe stradă).

Natura, specificul ajutorului acordat depinde de un mare număr de factori, iar unul dintre aceștia este durata procesului de boală. O boală cu prognoză fatală se poate prelungi pe ani de zile, dar moartea – mai ales în procesele de boală cardiacă sau cerebrovasculare – poate interveni brusc și pe neașteptate. S-au făcut diferite tentative de a determina perioada dintre instalarea „bolii mortale, terminale" și sfârșirea în moarte. Acestea duc la considerarea unei varietăți de provenience. Mai întâi, această perioadă este determinată în mare măsură de populația pentru care se face înregistrarea: într-un spital există o altă componență a populației decât cea dintr-o casă de bătrâni. În al doilea rând, rezultatele depind de felul în care s-a determinat momentul de inițiere a „bolii terminale". Hinton[2] informează că dintr-o cercetare britanică pe toată țara a rezultat că din bolnavii nevindecabili, cu o prognoză nefastă, 75–80%, mor în primele trei luni de la ultima internare în spital. O cercetare dintr-o secție de geriatrie a unui spital a furnizat un rezultat asemănător: 82% din pacienți mor la trei luni după internare. Pentru cei ce suferă de o afecțiune malignă, ultimul pat de spital durează aproximativ 6 săptămâni; alții, care suferă de o artrită sau alte boli ale aparatului locomotor, au fost uneori, ani de-a rândul, sever handicapați până când au decedat de o boală intermitentă. Dewi Rees[3] a efectuat o cercetare pe 50 de pacienți, asupra duratei ședерii pe patul de moarte, într-o regiune din Llanidloes (Marea Britanie). Jumătate din aceștia au fost pe patul de moarte o săptămână sau chiar mai puțin, o treime, 1–4 săptămâni, iar restul au suferit mai mult pe patul de moarte. Din aceste date numai se poate conchide că durata suferinței pe patul morții este foarte diferențiată. Hinton[4] a stabilit cu precizie că 70% din pacienții cu evoluție mortală a infarctului de inimă mor în săptămâna următoare. Fieren[5] a concluzionat, pe baza unei cercetări în zona rezidențială „Neder-Veluwe", că 60% din cei ce au supraviețuit unui infarct de cord au decedat pe timpul unui cvartal (reprezentând 27% din totalul celor atinși de un infarct de inimă). În astfel de cazuri, medicul de familie are foarte puțin de făcut; singurul ajutor pe care el îl poate eventual oferi are caracterul de prim-ajutor.

În acest capitol principala tema va fi acordarea ajutorului celui ce moare. Prin aceasta se va înțelege, în acord cu Kyle[6]: îngrijirea pacienților care nu

Scanned with OKEN Scanner

mai sunt de vindecat și la care se așteaptă curând, în orice caz într-un an, ca ei să moară.

Această definiție ne trimite imediat la problema prognosticului. Fără stabilirea unei prognoze fatale și fără o aproximare a duratei de viață, conform acestei definiții, acordarea ajutorului nu poate să se configureze și nu poate începe. În general, nu se poate aproxima exact sau aproape exact care este timpul de care se mai dispune. Evoluția bolii este insuficient cunoscută; pot apărea remisii, iar temporar, procesul de boală se poate stabiliza. Deseori este dificil de interpretat diferitele semne de boală: inexistența sau existența deja a metastazelor pe creier sau altundeva în organism (ficat) este greu de decis cu precizie. Astfel, se poate recurge la metode efective de tratament între aceste momente, care nu mai marchează o ameliorare temporară.

Cu aproape 25 de ani în urmă, s-a diagnosticat la doamna G, de 33 de ani, căsătorită și fără copii, o tumoare canceroasă mamară, o dată cu descoperirea de metastaze pulmonare. Tratamentul a fost considerat ca imposibil. Prognoza a fost comunicată soțului: ea mai are o jumătate de an de trăit. Tot atunci, s-a descoperit că un tratament hormonal poate avea succes la această formă de carcinom. Doamna G a primit un astfel de tratament, iar metastazele pulmonare (atât cât erau conform interpretării anormalităților de pe fotografia röntgen) s-au retras, au dispărut. Apoi, starea s-a înrăutățit iar, dar s-au aplicat, în mod succesiv, ultimele descoperiri în metodele de tratament provenind din ovarectomie și extirparea glandelor renale. Până la urmă, pacienta a supraviețuit 30 de ani după descoperirea procesului de boală.

Pentru afecțiunile maligne, prognosticul este dificil: pentru alte boli ca insuficiență renală și o decompensare de cord, nu este la fel de greu. Această concluzie ne forțează să nu separăm prea strict ajutorul-pentru-menținerea-în-viață de ajutorarea la moarte. Aceasta cu atât mai mult în practică: dacă perioada premergătoare morții se instalează după un timp de boală la pat, medicul de familie a recurs deja, pe timpul bolii la pat, la un ajutor orientat integral; el s-a concentrat pe vindecarea procesului de boală, dar el a acordat atenție și felului în care pacientul își duce boala, ca și relațiilor dintre pacient și cei din jur. Acordarea ajutorului nu este orientată numai spre combaterea cauzelor bolii, dar și asupra ușurării suferințelor manifestate ca urmare a bolii. Medicul se luptă cu adevărat pentru însănătoșire, pentru cure, dar aceasta este cuprinsă în cadrul îngrijirii celui bolnav. Dacă aceasta rezultă ca fiind zadarnică, iar pacientul devine din ce în ce mai bolnav astfel că refacerea nu mai este probabilă, atunci ajutorarea la moarte poate lua un loc relativ, eventual din ce în ce mai mare, în cadrul îngrijirii. Nu trebuie să apară nici o fisură în procesul de ajutorare. Asistarea-pentru-însănătoșire și cea pentru întâmpinarea morții se întrepătrund; ele se petrec nu numai în același timp, dar fiecare este prezentă în cadrul celeilalte. Prin aceasta noi înțelegem că medicul de familie – chiar și în cazul bolilor relativ negrave – să nu elimine niciodată eventualitatea unei evoluții fatale, chiar dacă acest gând nu este prezent în mod conștient.

Lucrul acesta nu înseamnă că medicul de familie va provoca temeri pacientului și familiei că orice boală poate fi ceva grav. Liniștirea pacientului este

Scanned with OKEN Scanner

parte componentă a asistenței medicale. Aceasta înseamnă că orice bolnav și orice caz de boală trebuie privit cu toată seriozitatea. Prin aceasta, ajutorarea-pentru-vindecare poate deja conține ceva din asistarea la caz de moarte.

Medicul de familie poate îndeplini acest rol excepțional în ajutorarea la moarte pentru că el a efectuat deja o asistare integrală, continuă și personală, astfel că ajutorarea la moarte apare ca un proces neîntrerupt. Procesul de ajutorare capătă o altă formă, despre care se va vorbi mai târziu în acest capitol. Oricum, medicul trebuie să fie conștient dacă procesul de deces a început deja. O greșeală extrem de dăunătoare a fost făcută de un medic de familie în următorul caz.

Un tânăr de 16 ani a început să sufere de un osteosarcom. El a fost iradiat, a urmat o amputare de sus a picioarelor și a primit o proteză. El se pregătește pentru viitoarea profesie. Medicul de familie i-a spus că are cancer osos și nu are nici o șansă de supraviețuire. El nu a negat că pacientul nu este deja în faza mortală. Medicul a considerat necesar să-l informeze pe pacient de prognoza rea a bolii de care suferea. Acum, la 6 ani, pacientul se află într-o stare foarte bună, a călătorit în toată lumea și și-a terminat studiile. Dar, în toți acești ani, el a trăit cu teama enormă că ar putea muri. În ciuda aparenței vesele, oricine poate observa un fond depresiv. Informarea brutală, din bune intenții, a medicului l-a marcat afectiv timp lung și încă îl mai marchează.

Pe parcursul următoarelor două paragrafe, vom pune în lumină acordarea ajutorului muribundului în domeniul somatic și psihologic. Se cade ca aceste două aspecte să fie concepute ca o entitate inseparabilă. Apoi vom discuta faptul că esența acordării ajutorului din punctul de vedere al acestor două aspecte constă în eliminarea cât mai multor obstrucții și inhibări de natură fizică și psihică pentru ca bolnavul, în limita posibilităților date, să poată avea o existență umană, cât mai liberă. Tocmai aici, deosebirea dintre asistarea-pentru-vindecare și cea la moarte este mai mică.

ACORDAREA DE ASISTENȚĂ ÎN DOMENIUL SOMATIC

În funcție de procesul de boală, dar și de constituția psihică a pacientului, numeroase sunt semnele și manifestările de boală care reclamă un tratament. Asistarea la moarte constă din faptul că nu se (mai) instituie nici un tratament cauzal. Cauza suferinței este definitiv stabilită și nu poate fi combătută, ci ne putem numai împotrivi ei prin adoptarea de paleative și tratament simptomatic. Pentru ca acestea să se efectueze în mod optim, trebuie depistată cauza suferințelor și simptomelor. Aceasta nu va fi totdeauna posibilă, dar este o condiție a calității asistenței. Trebuie să existe o foarte fină evaluare a proporțiilor: dacă se prefigurează necesitatea (re)formulării unei diagnoze care presupune o suprasolicitare insuportabilă pentru pacient, atunci medicul de familie va trebui să aibă motive extrem de puternice pentru a supune pacientul la o cercetare.

Durerea

Cea mai frecventă, și cea mai de temut suferință pentru pacient, ca și pentru cei din jurul lui, este durerea. Durerea este de combătut cu necesitate fie

Scanned with OKEN Scanner

și numai pentru că ea pune la încercare condiția umană pe toate fațetele ei. Comunicarea umană devine un efort prea mare, întreaga condiție este profund tulburată, cititul sau ascultarea unei muzici devin factice. Durerea violentă îl animalizează; cu durere nu se poate trăi. Durerea amenință și poate fi demonică. Este vorba de o experiență relativ subiectivă care nu este determinată numai de excitarea receptorilor periferici, dar și de compararea informației care intră în organism prin intermediul nervilor dureroși cu experiențele stocate în memorie[7]. Trăirea durerii este determinată deci de experiențele personale trecute care, la rândul lor, sunt influențate cultural și social.

În mod obișnuit, când se vorbește de combaterea durerii, ne gândim la tratament medicamentos. Lucrul acesta nu este exact; o abordare multiplă este indicată.

Tratarea cauzei durerii. Atunci când este posibil, va fi combătută cauza durerii. Medicul va trebui să aibă continuu în vedere că și la pacientul din faza mortală are sens *diagnosticarea*, și că aceasta este necesară.

a În cazul în care cauza directă rezidă în tumori sau metastaze, atunci se va încerca, prin intermediul operației, iradierii, chimioterapiei sau tratamentului hormonal să reducă cât mai mult presiunea mecanică și excitarea exercitată asupra nervilor dureroși. Un tratament cu corticosteroide poate avea rezultate favorabile.

b Dacă durerea este cauzată de o creștere din interior a rădăcinilor, trunchiurilor nervoase sau într-un plex (care provoacă dureri violente), atunci devine necesară o intervenție și tratament neurochirurgical.

c Foarte des, durerea este cauzată de apariția de contractări ca urmare a poziției defectuoase sau a imobilizării îndelungate la pat. Prin combaterea acestora încă de la început se poate scuti pacientul de dureri multe și grele. Medicul trebuie să se ocupe pentru găsirea celei mai confortabile poziții, dar trebuie să se străduiască să-l mobilizeze pe pacient. Acest lucru are și avantaje sociale, psihologice și somatice: pacientul are mai multe șanse de a fi ocupat cu ceva, de a avea mai multe contacte sociale și de a evita apariția unui decubit, a durerilor osteoporotice, a atrofiei mușchilor și a tulburărilor circulatorii.

d Pacientul poate avea dureri ca urmare a unor microinfecții și microfracturi care sunt cauzate de metastaze ale scheletului. Aceste dureri au un caracter paroxistic și se manifestă mai ales la schimbarea așternuturilor sau activităților de asistență medicală. Un serviciu competent și sfătuire din partea asistentei de cartier pot preveni multă durere.

e Durerea poate fi urmarea metastazelor pe creier, în timp ce acestea pot provoca și cauzalgii sau dureri-fantomă. O terapie rațională este adesea imposibilă.

Relația dintre pacient și medic în această situație. Dacă vreodată, cineva a funcționat ca „doctor-medicament"[8], atunci aceasta s-a petrecut la combaterea durerii. Dacă medicul de familie acordă toată atenția muribundului,

Scanned with OKEN Scanner

ascultă la toate nevoile și dorințele lui, încearcă să-l înțeleagă cât mai bine, își face timp pentru el și îi câștigă încrederea, atunci toate acestea vor avea un efect calmant asupra durerilor. În acest fel, medicul va contribui la relaxare și liniștire: nu de puține ori, durerea nu se accentuează, iar calmantele se reduc. Despre aceasta vom mai insista în paragraful următor.

Tratamentul medicamentos. Evident, tratamentul medicamentos este, cel mai adesea, inevitabil. Scopul acestuia este de a aduce pacientul la starea în care să nu sufere de nici o durere pentru a putea fi capabil de o existență omenească netulburată în funcțiile ei. Pe de altă parte, trebuie mereu să evaluăm efectele nescontate ale produselor farmaceutice.

Combaterea medicamentoasă a durerii trebuie adaptată la nevoile pacientului. Alegerea, combinarea și dozarea preparatelor vor fi întotdeauna strict individualizate. Tocmai de aceea este foarte bine ca pacientul să fie lăsat să determine singur *când* trebuie folosite pastilele calmante; pacientul trebuie să le aibă pe mână: el este în fapt acela care poate stabili cel mai bine ce anume are nevoie. Cineva s-ar putea teme că se va ajunge astfel la prescrierea dozei maxime, dar în practică a rezultat că se întâmplă tocmai invers: prin certitudinea că dispune oricând de medicamente, se creează un sentiment de siguranță și liniște care face ca utilizarea de calmante să se reducă.

Trăirea durerii este nefavorabil influențată de stări de tensiune nervoasă. Prin combinarea calmantelor cu sedative și tranchilizante se pot reduce dozele de consum ale primelor. Trăirea durerii este încă și mai nefavorabil influențată de starea depresivă de spirit. În astfel de situații, de mare ajutor în diminuarea durerii este introducerea, în doze mici, de antidepresive.

Deoarece există oarecare înțelegere greșită a combaterii durerii în ultima fază a vieții, se va separa, se va considera aparte și prin excluderea a ceea ce se înțelege prin urmărirea farmacologică. La prescrierea mijloacelor calmante se poate face uz de introducerea globală în faze, conform Organizației Mondiale a Sănătății[9].

Faza 1. La fiecare 4–6 ore, 500 mg de acid acetilsalicilic, oral, maximum 6 g pe zi, sau paracetamol, 500 mg oral de 4–8 ori pe zi, sau, sub formă de supozitoare de 1 000 mg de 2–4 ori pe zi. Poate fi foarte ajutătoare administrarea, mai ales la metastaze osoase ale carcinomului mamar, de indometacină de 4 ori pe zi câte 50 mg, sau naproxen, 250–500 mg de 2 până la 3 ori pe zi, sau ibuprofen, maximum 2,4 g pe zi.

Faza 2. Dacă această medicație apare ca insuficientă atunci se va considera că este nevoie de mai mult. Astfel, se va adăuga codeină de 4–6 ori pe zi câte 20 mg. Natural, constipația provocată de acestea trebuie combătută de preferință prin siropuri lactuloze. Nu de rareori este bine ca medicația să se combine cu prometazine sau cu o doză scăzută de antidepresive. Cele din urmă ajută numai dacă este vorba de o depresie sau stări depresive.

Faza 3. Dacă toate acestea nu (mai) ajută se va trece la opiacee fără prea multă ezitare. Se pare că sedarea, depresia respiratorie, obișnuința și dependența creează foarte puține probleme colaterale. Constipația trebuie combătută în orice caz. De preferat sunt, de la sine înțeles, mijloacele orale

Scanned with OKEN Scanner

(băuturi sau tablete) sau administrarea rectală. Dozarea trebuie adaptată nevoii, deci poate varia foarte mult și nu ajunge la o constituție proporțională, la doza maximă. Dozarea maximală trebuie totuși evitată pentru că aceasta poate duce la somnolență inevitabilă. Aceasta ar putea fi pe nedrept pusă pe seama procesului de boală. La metastaze osoase se pot, de asemenea, prescrie antiinflamatoare. De asemenea, pot fi prescrise metadon, nocomorfină sau bezitramide. Mai ales la caz de greață și vărsături, dar și la apariția anxietății, se poate lua în considerare administrarea de haloperidol sau droperidol.

Faza 4. Dacă în ultima fază de suferință la pat, administrarea orală nu mai este posibilă, se vor adopta alte forme de administrare: parenteral (subcutanat, intravenos sau prin infuzie) și uneori chiar intratecal sau epidural.

Este remarcabil faptul că tocmai în fazele ultime durerea se diminuează. Adaptarea individualizată a dozării aduce cu sine o reducere corespunzătoare a medicamentelor; în unele cazuri, medicația este abandonată cu totul.

Greața și vărsăturile

Nu rareori, muribundul se plânge de greață și vărsături. Și la această suferință este bine să se caute cauza. Cele mai frecvente cauze sunt: **a** tulburarea funcției ficatului sau rinichilor ca urmare a procesului de boală; **b** obstrucția tubului digestiv printr-o inflamare pe esofag, stomac sau colon; o inflamare poate apărea altundeva în abdomen sau ascite provocând obstrucție; **c** iritarea locală a mucoasei stomacului, gastrită; **d** anorexie nervoasă; **e** utilizarea medicamentelor care provoacă în mod curent greață, ca citostatice, calmante contra durerii și mai ales opiumurile.

Tratamentul se orientează mai întâi către îndepărtarea cauzei. Dacă există o obstrucție, aceasta trebuie pe cât posibil eliminată; prin intermediul unei intervenții paleative sau prin practicarea unui anus contra naturii, se poate ușura durerea. Greața pe fond nervos se cade tratată cu tranchilizante și sedative, în timp ce asistarea psihologică trebuie să stea alături de tratament. Medicamentele provocatoare de greață trebuie reduse, eventual înlocuite. Greața se mai poate combate, în paralel, printr-o dietă ușoară și cu supozitoare proclorperazine (Stemetil). Uneori, numai o băutură purgativă mai are un efect. Combaterea greței nu se face cu succes la orice pacient, conform lui Hinton[10], numai în două din trei cazuri.

Sufocarea

Pacientul muribund are adesea sufocări, nevoia de a respira, care aduc cu ele multă suferință. Pacientul care se sufocă este foarte anxios. Cauze ale sufocării sunt: **a** reducerea funcțiilor inimii și plămânilor printr-un proces local (carcinom), pneumonie, sau prin reducerea puterii mușchilor căilor respiratorii; **b** producerea de salivă care, din cauza diminuării puterii, nu mai poate fi expectorată; **c** o poziție defectuoasă în pat prin care traheea este obstrucționată; **d** anemie; **e** hiperventilație. Dacă sufocarea este provocată de un schimb insuficient de gaze, singura ameliorare o poate aduce administrarea de oxigen. Aparatura necesară poate fi procurată de la asociațiile de

Scanned with OKEN Scanner

Cruce Roșie, și oxigenul poate fi administrat acasă. Dacă sufocarea este provocată de o pneumonie, medicul trebuie să se întrebe dacă aceasta va (mai) fi tratată cu antibiotice. Obiecția la un astfel de tratament este că viața muribundului este prea forțat prelungită, mai ales dacă pacientul, ca ultimă dorință, preferă să renunțe la un astfel de tratament. Pe de altă parte, o pneumonie amplifică procesul de sufocare. Scopul asistării la moarte nu este nici de a prelungi, nici de a scurta viața, ci de a o face suportabilă pe durata pe care este posibilă. Dacă administrarea de antibiotice poate contribui cu ceva în acest sens, medicul nu i-o va refuza pacientului, chiar dacă tratamentul presupune o prelungire a vieții.

Dacă saliva nu mai poate fi expectorată, se va încerca îndepărtarea ei cu ajutorul asistentei sau celor din familie. O poziție corectă în pat este de mare importanță: este bine să se stea pe jumătate întins, susținut de perne, cu capul susținut într-o poziție corectă față de trunchi.

Dacă sufocarea este provocată de anemie, trebuie să luăm în considerare o transfuzie de sânge. Aceasta are sens numai dacă se consideră că după ea pacientul va beneficia de o stare temporară acceptabilă, fără a se resimți de pe urma durerii. Dacă din acest punct de vedere, nu se mai prefigurează nici o perspectivă, se abandonează ideea de transfuzie.

Dacă sufocarea apare ca urmare a hiperventilației, atenția trebuie să se îndrepte către stările tensionale care o provoacă.

Oboseala și senzația de stagnare

Printr-o combinare de cauze, la o serie de pacienți muribunzi, apare o senzație de oboseală enormă și de stagnare, de trăire a apropierii morții. Procesul de boală în sine, atrofia de inactivitate a aparatului locomotor, reducerea funcțiilor ficatului și rinichilor, anemia, dificultatea în a mai suporta poziția întinsă, poziția defectuoasă în pat, deshidratarea, stările depresive și medicamentele, toate acestea pot contribui la sentimentul „că nu se mai poate suporta". Acesta poate duce la dorința mai mare de a muri. Pacientul nu mai este în stare de nimic; toate funcționează prost: înghițitul merge greu, el nu mai simte nevoia de a mânca, de a defeca sau a micției care sunt profund disturbate. O bună asistență medicală poate contribui la ușurarea acestor suferințe. Important este un regim potrivit: vizitele se vor reduce pe cât posibil, iar timpul de odihnă și somn se va extinde. Dacă pacientul este în stare să stea câteva clipe pe un scaun, nu i se va refuza aceasta. Dacă la starea de extenuare, anemia este cea în cauză, se va recurge la transfuzie.

Deshidratarea

Pacientul muribund este chinuit des de sete. Nevoia de mâncare se reduce, dar cea de lichide rămâne sau se amplifică. Pentru că adesea pacientul nu mai este în stare să bea singur, el devine, în această privință, dependent de cei din preajmă. Aceștia nu pot adesea cunoaște la timp nevoia de a bea astfel că muribundul suferă adesea de însetare. Dacă înghițirea nu mai funcționează bine, a bea durează mult, iar dacă îngrijitorul nu are răbdare, are loc, nu

Scanned with OKEN Scanner

rareori, o deshidratare. Un pacient intrat deja în comă nu mai suferă de sete, deci administrarea intravenoasă de lichide nu mai are sens.

Alte suferințe și semne de boală

Decubitul pielii, țesutul conectiv subcutanat al sistemului muscular, mai ales din zona sacrală și a trunchiului reclamă o bună îngrijire. Este importantă prevenirea decubitusului prin menținerea unei mobilități, schimbarea așternuturilor și curățirea de către asistentă a locului, chiar mutarea pe o piele de oaie sau saltea specială. Decubitul și rănile deschise de diferite naturi pot provoca miros greu. Este deci bine să se facă uz de deodorante la asistarea medicală și îngrijire pentru a nu fi o sursă de limitare a contactelor sociale. În funcție de boală, se pot manifesta diferite alte semne ca sughițul, mâncărimea sau tulburări de urinare care pot fi extrem de neplăcute și demoralizante. Un anus contra naturii reclamă îngrijire multă.

ASISTAREA PSIHICĂ A MURIBUNDULUI

Medicul de familie nu are de a face numai cu urmările somatice ale unei boli nevindecabile: cel ce moare este o ființă umană! Pentru a putea oferi o asistarea la moarte cât mai bună, medicul de familie trebuie să aibă o cunoaștere adâncă a procesului de deces în general, a pacientului său, a semnificației acestuia pentru cei din mediul apropiat și pentru sine însuși.

Decesul

Suferindul de o boală cronică poate ajunge pe diferite căi la certitudinea că boala sa se va sfârși în moarte. Medicul care îl tratează îl poate informa în acest sens, dar el poate deduce din suferințele pe care le are și din tratamentul pe care-l primește. Reacțiile la o astfel de eventualitate pot fi de cele mai diferite feluri, deși teama este cea mai frecventă și de înțeles. Hinton[11] arată însă în această privință că nu este sigur pentru ce anume se teme pacientul. De cele mai multe ori teama se referă la durerea și celelalte suferință care îl așteaptă în preajma morții. Se pare că anxietatea se manifestă cu putere atunci când există conștientizarea faptului și când apar sufocări. Hinton a stabilit că din trei pacienți la care apropierea morții se asocia cu insuficiență respiratorie, doi erau anxioși, pe când la ceilalți pacienți, unul din trei manifestau anxietate. Frica poate de asemenea să fie generată de apropiata despărțire de cei dragi și prieteni. Frica de despărțire a fost constatată de Hinton mai cu seamă la copii, deși aceasta apare tot atât de des și la adulți. Apoi, frica poate apărea din temerea că ar putea fi pedepsit, pentru faptul că ar trebui să plătească pentru păcate, pentru a nu se putea înălța la ceruri după moarte. Nu este deloc ușor să se știe de ce anume precis este cauzată frica; pacientul muribund nu știe nici el întotdeauna. Pentru a se împotrivi acesteia, pacientul încearcă s-o neutralizeze prin concentrarea asupra lucrurilor mărunte, cum ar fi asupra unei suferințe sau dureri neimportante. Cel mai greu este de suportat frica și grija pentru câte un membru al familiei, sau pentru familia întreagă

Scanned with OKEN Scanner

care rămâne în urmă, o frică ce lovește ca un trăsnet. Cea de pe urmă este de fapt nu mai mult decât o mascare a propriei anxietăți: grija reală pentru cei care rămân în urmă este în esență exprimarea sentimentului de responsabilitate și este proporțională cu adâncimea și căldura relațiilor dintre el și familie. Mulți obișnuiesc să spună: „Dacă el (ea) poate nu rezistă să rămână după aceea; lasă să fiu eu cel ce se va duce ultimul." Uneori, în această zicală se poate ascunde gândul că, o dată decedat celălalt, se recapătă libertatea.

Conform lui Kübler-Ross[12], care a efectuat o cercetare foarte importantă asupra felului în care este trăită apropierea morții, aceasta nu se asociază numai cu sentimente de frică. El a diferențiat un număr de cinci stadii pe care le poate parcurge muribundul. Felul în care acestea se departajează și succed nu este valabil pentru toți pacienții: unii pacienți pot rămâne mai mult timp într-un stadiu, la alții abia dacă se poate diferenția un stadiu de un altul. De asemenea, stadiile nu se succed întotdeauna de o aceeași manieră: următorul poate fi altfel decât s-ar aștepta, sau ele pot decurge în paralel sau manifesta parțial. De aceea, termenul stadiu nu este cel mai fericit ales.

Primul stadiu: negarea și izolarea. Pacientul neagă existența prognozei fatale. Se caută (aparențe de) certitudine. El vrea să consulte un al medic, cu speranța că acesta va ajunge la un alt diagnostic. Pacientul poate vorbi, în acest stadiu, despre boala lui ca despre o afecțiune negravă. Negarea devine manifestă mai ales la pacienții care au fost încunoștiințați prea abrupt și din vreme, astfel încât nu s-a ținut deloc cont de felul în care pacientul ar putea reacționa la o veste atât de rea. Lucrul acesta este cu atât mai greu suportabil cu cât știrea a venit de la un medic pe care pacientul abia îl cunoștea. La început, pacientul intră într-o stare de autoapărare, urmată de gândul că este imposibil ca tocmai el să moară. Această atitudine trece cu timpul în una de diminuare a cramponării de mecanismul de conservare. Măsura în care aceasta persistă depinde de o serie de factori: **a** maniera în care a fost încunoștiințat; **b** timpul de care dispune pacientul pentru a ajunge la o înțelegerea realistă a faptului; **c** măsura în care a învățat în viață să procedeze la necaz; **d** atitudinea medicului, a personalului de asistență medicală și a familiei. Dacă aceștia sunt predispuși să îndepărteze gândul la moarte, lucrul acesta va întări negarea de către pacient a posibilității morții. Atunci se poate ca situația să se complice astfel că pacientul va menține o atitudine de negare în fața celor din mediul apropiat, în timp ce, cu alții, va vorbi mai des despre moarte. Rezultă deci că atât o atitudine de îndepărtarea gândului din partea celor din jur, cât și o prea radicală informare activează sau întăresc negarea de către pacient.

Stadiul al doilea: furia. Dacă adevărul se impune pacientului, iar negarea nu mai poate fi o atitudine de folos, atunci apar sentimente de ură, furie și gelozie. Pacientul devine gelos pe cei ce sunt sănătoși, devine ușor iritabil la orice, își dă drumul la furie și face reproșuri de neputință familiei, medicului și asistenților medicali. Acest stadiu este cel mai dificil de suportat de către cei din jur. Ei trebuie să poată înțelege că manifestările explozive de furie și agresivitate nu sunt de fapt îndreptate împotriva lor! Contracararea agresivității este cea mai proastă reacție la care ne-am putea gândi. Marele

Scanned with OKEN Scanner

risc din acest stadiu este ca cei din mediul apropiat să se retragă, reducând sau scurtând vizitele la pacient, ceea ce nu face decât să alimenteze mânia. Dacă pacientul este tratat cu respect și înțelegere, atunci acest stadiu se trece mai cu ușurință, ajungându-se la următorul.

Stadiul al treilea: negocierea. Bolnavul incurabil speră că, prin faptul de a face ceva bun, prin credință sau rugarea și negocierea cu Dumnezeu sau cu ceilalți oameni, va reuși să trăiască mai mult, va avea mai puține dureri sau va suferi mai puțin. Deși acest lucru este adesea copilăresc, medicul nu se va exclude de la această negociere: el poate contribui la eliminarea sentimentelor de vinovăție care se cer rezolvate. Pastorul poate de asemenea fi de mare ajutor în acest stadiu.

Stadiul al patrulea: depresia. Kübler–Ross au deosebit două forme de depresie, una care lucrează retroactiv, cealaltă care lucrează în avans. Prima este depresia ca urmare a faptului că muribundul se simte devaluat de boală sau deprivare, sau de a nu mai fi în stare de nimic pentru familie, ca și de alte urmări ale bolii despre care s-a mai discutat în capitolul 11. Cea de-a doua formă de depresie apare dacă pacientul a trăit deja sentimentele de anxietate; el privește atunci la viitor. El devine din ce în ce mai trist și chinuit, ceea ce se poate vedea în cât de tacitun și de necomunicativ este. Cuvintele nu mai sunt necesare, dar compasiunea celor din jur rămâne o necesitate.

Stadiul al cincilea: acceptarea. În acest stadiu, pacientul este pregătit pentru a muri. Se discută deja asupra dorințelor de după moarte, iar corpul este (ceva) mai puțin chinuit de suferințe. Muribundul se retrage în sine, iar interesul pentru lumea exterioară devine din ce în ce mai mic. El are o nevoie tot mai mică de vizite, dar nu vrea să fie lăsat singur de cei mai apropiați.

Stadiul de pe urmă trebuie foarte bine identificat – prin aceea că pacientul este atât de obosit (anemie), atât de sfârșit (suprautilizarea calmantelor și tranchilizantelor), încât a abandonat lupta pentru supraviețuire. Atunci este foarte necesar ca tratamentul să fie centrat pe cauzele acestora, adică pe o transfuzie și reducere a medicației. Astfel, el mai poate beneficia de încă o perioadă de viață la un nivel acceptabil. Dacă pacientul se află cu totul într-un stadiu de acceptare a morții și abandonarea eforturilor de a mai trăi, atunci măsurile instituite pentru menținerea vieții trebuie reduse sau eliminate. Dacă nu se face o deosebire fină între cele două forme, mai exact când anume intervine abandonul de sine, atunci pacientul este supus unui chin inuman, pe de o parte de sistarea prea devreme a tratamentului, pe de altă parte, de continuarea lui prea mult timp.

Atât pentru pacient, cât și pentru familie este folositor să fie informați și să se discute asupra stadiului în care se află pacientul și asupra reacțiilor posibile. Familia poate fi astfel mai de ajutor, poate înțelege mai bine ce se poate face și pot fi mai bine pregătită pentru ceea ce va urma. Totuși, fiecare caz de deces este unic deoarece el este determinat de foarte mulți factori de diferențiere, ca timpul care a mai rămas la dispoziție, suferințele corporale, reacțiile mediului apropiat, relațiile existente înainte, manifestările neurotice, capacitatea spirituală și capacitatea de soluționare a problemelor.

Scanned with OKEN Scanner

Barton[13] vorbește, în cartea lui *Dying and death*, despre funcțiile pe care le are negarea morții. Conform autorului, negarea este prea adesea interpretată negativ deși ea poate constitui un mijloc ajutător în confruntarea problemei morții. Acest subiect – negarea morții – alcătuiește și esența cărții lui Becker[14]. El consideră că nu mai este posibil ca, în faza de dinanintea și în cea a morții, să se trăiască cu conștiința neștirbită că moartea este inevitabilă. Negarea și mecanismele de conservare ne ajută să mai avem o existență rezonabilă. Negarea este uneori văzută ca o expresie de felul tot-sau-nimic. De fapt, aceasta presupune o gradare. Barton a folosit următoarea listare elaborată de Weisman: a negarea de ordinul întâi: cine este cel ce interpretează primele semne de boală ale pacientului (vezi și conceptul de „comportament de amânare", din capitolul 3); b negarea de ordinul doi: interpretarea urmărilor bolii, și c negarea de ordinul trei: cu referire la sfârșirea prin moarte. Pe parcursul fazei de deces, avem de a face mai ales cu cea din urmă. Aceasta însă este influențată de celelalte două tipuri de negare. Apoi, negarea nu este întotdeauna absolută. Barton vorbește astfel de „cunoaștere de mijloc (parțială)" ca despre o formă de certitudine incertă. Manifestarea acesteia poate fi observată foarte des. Negarea și recunoașterea sunt alternante și se întrepătrund pe timpul de care se mai dispune.

Atitudinea pacienților ca și cea a medicilor s-a schimbat fundamental pe parcursul anilor. Înainte de anii 1950 se făcea uz de procedura de a ascunde pacientului adevărul asupra situației în care se află, deși se mai practică și acum această modalitate. Pacienții pretind în general să fie mai autonomi. Dreptul la autodeterminare și independență este pe primele locuri ale listei de valori. Medicii nu numai că s-au adaptat acestei schimbări, dar chiar fac parte din schimbare. Se mai văd uneori devieri, când medicii nu țin seama suficient de situația și sensibilitățile pacienților. Dar felul în care în trecut se proceda cu adevărul nu se mai manifestă decât foarte rar.

Acordarea ajutorului de către medicul de familie în diferitele stadii

Medicul de familie trebuie să pună de acord profilul ajutorului pe care îl acordă cu stadiul în care se află pacientul. Când s-a vorbit despre stadiul de negare, s-a remarcat faptul că negarea poate fi introdusă prin felul în care pacientul este informat asupra stării lui. Este injust să se ascundă pacientului adevărul asupra stării lui. Dacă medicul recunoaște valoarea pacientului, atunci el va recunoaște și dreptul pacientului de a ști. Mai sunt însă și considerente practice: cineva poate mai este în stare să-și reglementeze unele treburi și afaceri, să-și mai facă unele „socoteli". Dar este tot atât de injust să impună pacientului ideea că va muri în curând; pentru aducerea la cunoștință a acestui fapt, trebuie ca cineva să-i stea alături pacientului. Totuși se mai întâmplă ca nu toate precauțiile să fie luate și aproape că nu ne putem imagina ce urmări sinistre poate avea un astfel de comportament. Mai întâi, există o tendință generală de a fi onest față de pacient. Nu mai este de actualitate ca medicul să se comporte cu autoritate, ascunzând pacientului adevărul. Este, nu-i așa, democratic, ca pacientul să fie informat imediat asupra stării și evoluției. Apoi, medicul nu vrea să fie singurul în posesia adevărului și responsabilității: el vrea să le împartă cu pacientul; tocmai de aceea, aproape totdeauna, este implicat mai mult decât un singur medic în diagnosticare.

Scanned with OKEN Scanner

Nici unul nu vrea să rămână în urma altuia și să lase impresia că nu a știut de interpretarea diagnosticului. De asemenea, o atitudine nereținută a medicului face ca pacientul să nu mai aibă nici o șansă de a mai discuta asupra incertitudinilor și temerilor lui. Este deci de o mare însemnătate ca medicul de familie să asculte cu răbdare și calificare la ceea ce vrea să spună pacientul despre boala lui. Tot restul procesului de control, dirijare, asistare depinde de participarea pacientului la el: astfel, medicul trebuie să evalueze cu multă finețe cât de departe trebuie să meargă cu informarea și în ce manieră este aceasta făcută. Nu este vorba de a aduce la cunoștință orice veste rea, ci de a spune atât cât adevărul să nu fie știrbit. Atunci când adevărul este împlinit (Heidegger) și dacă a trăi în adevăr este o condiție a vieții libere, atunci datoria medicului de familie este de a fi de ajutor pacientului pentru a ajunge la adevăr. Medicul de familie este, tocmai în această privință, prin definiție, în situația specifică de a nu uita de această îndatorire. Ultimativ, el nu este singurul ce se poate asocia la îndeplinirea acestei îndatoriri, un prieten sau partenerul pot contribui încă și mai mult. Uneori, este de dorit să existe o bună coordonare între aceștia, nu pentru a complota contra pacientului, ci pentru a nuanța și îmbunătăți ajutorul. Coordonarea va fi cu atât mai necesară cu cât medicul, din cauza unor circumstanțe personale de exemplu, nu este în stare să protejeze pacientul de unul singur.

Este vorba deci de a ajuta pacientul să își cunoască starea și posibilitățile în unicitatea și unitatea lor. Dacă medicul nu se limitează la o avizare competentă, ci stăruie în a-l asculta pe pacient, nu participă numai verbal ci și faptic, atunci el dezvoltă un proces în care pacientul, uneori mai repede, alteori gradual, învață singur să descopere adevărul. Este vorba ca medicul să nu se implice în fapt atât cât să nu mai lase pacientului loc de a contribui el însuși la acest proces. Pentru un medic, sfârșitul este un fapt de o mare gravitate ceea ce-l face să se repeadă cu aducerea la cunoștință a întregii diagnoze; pentru un altul, abia dacă este posibil să ajungă la ceea ce de fapt vrea să spună, pierzându-se în remarci că nu merge tocmai bine, nu se cunosc prea multe lucruri în privința asta, că eventual bolnavul nu se va însănătoși. Sigur este că și medicul și pacientul trebuie să trăiască și să moară în adevăr.

O condiție este ca medicul să fie în stare să asculte și să facă remarci asupra întrebărilor pacientului. Lucrul acesta va fi posibil nu numai dacă el este suficient de sensibil, ci și prin faptul de a vorbi deschis despre eventualitatea propriei morți ca pe ceva inevitabil, eliminând astfel tabu-ul reprezentat de moarte. Abia după aceea este posibil ca adevărul să fie dezvăluit gradual, de maniera care este cea mai adaptată felului de a fi, ritmului, stării și inteligenței pacientului. Un astfel de proces poate fi promovat prin discutarea, din timp în timp, atunci când discuția nu este legată de o boală nefastă, faptului că boala poate duce la moarte astfel ca eventualitatea morții să devină un subiect mai puțin neobișnuit. Circumstanțe pentru astfel de discuții se pot regăsi în perioade de ridicare a frecvenței consulturilor prin faptul că se suferă de anxietate, sau de o altă boală, sau se apropie bătrânețea. Dacă pacientul ajunge la siguranța că se poate discuta cu medicul lui chiar și eventualitatea morții, atunci când chiar va fi vorba de o asemenea eventualitate, va ezita mai puțin.

Scanned with OKEN Scanner

Stadiul de furie al pacientului poate fi dificil pentru medicul de familie. Agresivitatea se manifestă mai cu seamă împotriva lui, ceea ce constituie o experiență dureroasă. El va fi acuzat că nu a descoperit din timp boala, că nu l-a trimis mai repede la specialist, că nu a venit ori de câte ori a fost chemat. Reproșurile au un efect adânc asupra medicului de familie pentru că și el se întreabă dacă prognoza nu ar fi fost atât de gravă dacă ar fi identificat într-adevăr boala într-o fază timpurie. Nu este deloc ușor ca, în astfel de situații, să se pună toate reproșurile numai pe seama disperării pacientului, dar, pe de altă parte, medicul de familie nu trebuie să se lase copleșit abandonând orice responsabilitate![15]

La pacient pot apărea sentimente de vinovăție, mai ales în stadiul de negociere. Medicul va fi de ajutor dacă va asculta exprimarea acestora, iar dacă vinovăția este pusă pe seama altui membru din familie, lucrul acesta trebuie să devină discutabil.

O depresie poate fi tratată parțial cu antidepresive, dar o depresie adâncă nu este mereu posibil de combătut; aceasta se adâncește o dată cu avansarea procesului morții, ceea ce reduce drastic capacitatea de a mai ținti libertatea. Medicul trebuie să țină cont că acest proces disturbă profund spiritualitatea pacientului. Astfel, contactul neverbal pare să aibă pentru pacient o însemnătate cu mult mai mare. Aceasta înseamnă că vizitele pot decurge prin folosirea de puține cuvinte, dar ele pot fi nu mai puțin intense. Acesta este cazul în stadiul de pe urmă.

Acordarea ajutorului de către medicul de familie este orientat către îndepărtarea obstacolelor și blocajelor. Lucrul acesta se face prin inițierea procesului de conștientizare pentru a se ajunge cât mai repede la stadiul de acceptare. Medicul de familie are, poate, propriul lui ideal în a trăi și muri, pe care-l poate împărtăși pacienților săi. Un astfel de nivel a fost atins de clinicianul William Hunter atunci când scria, despre propria moarte: „Dacă aș avea destulă putere pentru a ține un stilou în mână, a-și scrie cât de ușor și plăcut lucru este să mori". Nu este însă vorba despre ceea ce medicul de familie se așteaptă de la pacienți, ci de a înțeles că fiecare moare în felul său. Medicul de familie nu trebuie să încerce să imprime propria concepție. El trebuie să se modeleze conform nevoilor, dorințelor pacientului însuși. Lucrul acesta este valabil și pentru momentul ales pentru a se vorbi despre anumite lucruri. La un moment dat, pacientul va voi să vorbească despre apropierea morții, pentru ca ziua următoare o astfel de discuție să nu mai fie posibilă. S-ar părea că discuția precedentă a fost cu totul uitată. Mai târziu, se vede că nu era vorba de uitare. O astfel de convorbire trebuie deci să se plieze pe nevoia temporară a pacientului și pe timpul de care are nevoie ca să se gândească. La unii pacienți, o astfel de convorbire nici nu are loc.

Acesta a fost cazul cu domnul T., care a decedat din cauza unei tumori canceroase la pancreas. El a fost întotdeauna un bărbat puternic, un om muncitor, mândru de ceea ce era în stare să facă. După moartea lui, soția spunea că: „El, *din fericire*, nu a știut că o să moară. El a sperat mereu că va fi mai bine. El nu mai voia decât să poată lăsa picioarele să atârne peste pat

Scanned with OKEN Scanner

pentru a recăpăta putere în mușchi. El a fost mereu atât de puternic, el a voit mereu să-și pună la lucru corpul".

Alți oameni nu vor să fie pronunțat cuvântul *moarte*, în ciuda faptului că știu cum stau în această privință. Pacientul poate spune foarte decis că știe totul dar nu vrea să vorbească despre aceasta. Aceasta poate fi o trecere foarte armonioasă a perioadei cât se află pe patul de moarte. Dar nu totdeauna este vorba de pacienți care nu vor să vorbească despre moartea lor, astfel că medicul de familie nu trebuie să piardă din ochi că o astfel de convorbire este bine să aibă loc și pentru aceasta poate fi găsit cineva din mediul apropiat pacientului.

Sunt pacienți care parcurg stadiile de negare, furie și negociere în mod strâns organic. Unui om de afaceri de 60 de ani, cu o viață spirituală foarte intensă și o solidă filozofie, i s-a descoperit o afecțiune malignă. Puterea lui se diminua cu rapiditate. La cererea lui, el a fost încă de la început la curent cu starea lui. „După ce am avut o zi foarte grea, după cum chiar el s-a exprimat, am acceptat moartea." Împreună cu soția și copiii, s-a pregătit de despărțire. Și-a privit viața trecută cu dorința de a mai trăi. Totuși, și ultima zi poate fi trăită: până în ultima clipă s-a mai uitat la televizor și a pus la punct unele detalii ale afacerilor și stării financiare a familiei.

Se poate ca un altul, care nu a trăit în spiritul religiei, să nu atingă niciodată stadiul acceptării, rămânând în cel al mâniei. El a murit plin de mânie și ură contra soției și copiilor, cu suferința unică pentru ce i s-a făcut. Conduita lui devenise atât de agresivă și insuportabilă, încât a trebuit internat în spital.

Niciodată nu se poate prevedea felul în care cineva va muri. Uneori, se produc surprize mari. Un bărbat nevrotic, domnul P., căsătorit pentru a doua oară și care a preferat să-și urmeze propria cale, s-a îmbolnăvit de carcinom pulmonar. El a trăit în conflict cu sine și cu copiii. Cu ani în urmă obișnuia să plece de acasă luni întregi. La început, el nu și-a acceptat moartea; a cunoscut foarte bine stadiile de negare, furie și negociere. Dar la un moment dat, se pare că ceva a produs o schimbare radicadă; a apărut un fel de renaștere prin care toate tarele nevrotice s-au exacerbat trecând în inversul lor. Cu multă emoție și liniște a vorbit despre viața trecută din ultima vreme cu soția și copiii. Teama pentru moartea care se apropia a dispărut și el a murit liniștit. La acest pacient s-a petrecut ceea ce Le Shan[16] spune, citându-l pe Rosenthal: „Un mod de a reduce teama de moarte a pacientului este să-i ridici iar impulsurile creative". Aceasta poate avea consecințe dureroase pentru cei din jur. Un bărbat în vârstă a avut în timpul vieții multe sentimente de ură față de soția lui. El s-a bucurat de plăcerile iubirii, dar nu cu ea. Pe patul de moarte, el a vrut să se elibereze de toate minciunile, astfel că i-a spus soției despre toate infidelitățile.

Comportamentul deci nu poate fi cu totul previzibil. Hinton[17] a găsit că educația, profesia, veniturile, pe scurt clasa socială din care face parte cineva, influențează trăirea fricii. Hinton a găsit însă și o relație certă cu viața dusă în credință: cei ce au crezut cu putere, și acest lucru s-a exprimat în viața

Scanned with OKEN Scanner

lor, suferă mai puțin de frica morții. Lucrul acesta este însă valabil pentru cei ce au fost conștienți de credința lor. Poate că din aceasta se va trage concluzia că numai cei ce au crezut în mod conștient, adică credincioșii creștini, sunt absolviți de frică, dar la eliberarea de frică au acces și necredincioșii.

La un anumit moment sau stadiu, se va considera că pacientul trebuie informat asupra prognozei. Lucrul acesta nu simplifică tratamentul ci creează posibilitatea instaurării lui integrale. Pentru ca eficiența tratamentului să fie optimizată, trebuie ca pacientul să fie implicat în înțelegerea a ceea ce se petrece cu el. Medicul trebuie să acționeze foarte subtil și să modeleze convorbirea după cele mai nuanțate reacții. Lucrul acesta privește fiecare contact medic–pacient, dar, pentru cel murind, subtilitatea, nuanțarea și intensitatea trebuie să fie excepționale. Un pacient la care s-a făcut analiza unui eșantion extras este informat că rezultatul este negativ. Pacientul își va spune: „negativ este întotdeauna ceva rău". Unui alt pacient i se spune pe patul de moarte că „a fost un om al zilei", din care el trage concluzia că va muri chiar în acea zi. Un exemplu excepțional de încunoștiințare pe limba pacientului se găsește în biografia pe care Cushing a scris-o despre William Osler[18]. Timp scurt, el a funcționat ca medic de familie; despre felul în care el a tratat o pacientă mică, mama fetiței scrie următoarele: „El o vizita pe mica noastră Janet de două ori pe zi, de la mijlocul lui octombrie, până la moartea ei, o lună mai târziu. Ea aștepta cu fericire și interes aceste vizite [...] Foarte repede, camera ei s-a schimbat într-o lume de povești, și, înveșmântat într-o haină de poveste, el vorbea despre florile, păsările și păpușile care îi stau la picioare. [...] Astfel, el a reușit să afle tot ce avea nevoie ca să o ajute. Momentul excepțional a venit într-o dimineață rece de noiembrie, când sfârșitul ei era aproape. El a venit cu un trandafir roșu, frumos, împachetat cu grijă și eleganță, și i-a povestit cum a văzut că trandafirul mai rămăsese încă în grădină după trecerea verii și cum i-a strigat, la plecare, că și el vrea să meargă la mica Janet. În acea după-amiază am făcut un fel de mică petrecere-poveste cu o masă așternută lângă patul ei. Sir William a vorbit cu trandafirul, cu mica Janet și mama în modul cel mai cuceritor [...] iar fetița a înțeles că și zânele și oamenii pot căpăta culoarea rozei pe obrajii lor, sau că ei pot sta într-un loc cât de mult timp vor, dar că ea poate merge să locuiască într-o altă casă, iar că cei ce rămân în urmă, mai ales părinții, nu vor avea nimic împotrivă, iar fetița a înțeles că nu a fost nefericită sau nenorocoasă".

Speranța. Viața fără speranță nu este posibilă, pentru că fără speranță nu există viitor. „Deschiderea lumii spre înainte este un răspuns la speranța oamenilor."[19] Speranța dată muribundului poate fi ușor dăunătoare, cea de speranțe false, în orice caz. Uneori, pacientul aude că la anul va ieși afară, va arăta iar bine etc. Dacă un medic procedează astfel, atunci el nu are respect pentru adevăr. Astfel de acte din bună intenție sunt incorecte. Dar, nici toate speranțele nu trebuie luate muribundului.

Speranța stă în relație directă cu semnificația acesteia pentru cineva. Barton[20] arată importanța esențială pe care o are ideea că se mai dispune de timp, pentru cineva confruntat cu moartea. Aceasta se regăsește în a fi ocu-

Scanned with OKEN Scanner

pat cu lucruri pe care cineva nu le-a mai făcut în viață. Lucrul acesta va fi făcut de fiecare după felul și capacitatea lui. Ele se vor axa pe elemente fizice, așa cum s-a întâmplat cu domnul T., pentru care era atât de importantă funcționarea corpului. La domnul P, aceasta s-a orientat către sfera psihologică, în timp ce la omul de afaceri de 60 de ani, centrală a fost dimensiunea spirituală. Starea de spirit îl poate ajuta pe muribund să-și învingă pierderea speranței. Relația cu ceilalți are un rol mare în calitatea acestei stări de spirit. Cel ce acordă ajutor, asistență îi poate sta alături în a descoperi ceea ce a dat sens vieții. Lucrul acesta poate înlocui speranța de refacere fizică ce nu mai poate fi întreținută.

Acordarea de ajutor familiei

Medicul de familie are de a face nu numai cu pacientul muribund, ci și familia acestuia are nevoie de ajutorul lui. Pentru aceasta, el trebuie să acorde atenție unor aspecte diferite.

Cunoașterea adevărului încurajează moartea. Nu rareori, cel ce este informat mai întâi despre progonza fatală este un membru al familiei. Lucrul acesta are, parțial, rațiuni practice: este vorba de a lua măsuri de organizare, dând familiei șansa de a se pregăti. De asemenea, medicul vrea să se elibereze de eventuala vină că „nu ar fi știut". El trebuie însă să fie conștient că produce un mare necaz familiei, dar că nu se poate altfel decât împărțind cu ei sarcina grea ce îl așteaptă. De cele mai multe ori, în practică, întreaga familie este pusă la curent. Când cel informat este partenerul de căsnicie, lucrul poate avea urmări foarte grave. Unii vor, în mod conștient, ca pacientului să nu i se spună. Anne Philipe descrie, în renumita ei carte, *Nimic mai mult decât o respirație*, cât de mult a ținut ca soțul ei să nu știe și ce fericit a fost el pentru aceasta: „«Nu mai este nici cea mai mică speranță», au spus doctorii, iar eu știam că spun adevărul. Nu ai nevoie decât să deschizi o carte de medicină pentru a te convinge. Dacă totuși ei ar fi ascuns adevărul, dacă aș fi rămas la fel de naivă ca el? Nu, a fost bine ce-au făcut. Dacă ar trebui să aleg între a ști și a nu ști, aș alege mereu pe cel din urmă. Dar în privința asta nu am fost consecventă cu mine însămi. Mă aștept ca oamenii să se poarte de o anumită manieră cu mine, iar eu nu fac tot astfel cu alți oameni. Am ocolit egalitatea pentru că am devenit protectoare. Acesta a fost adevărul, am vrut să fi fericit și să servesc dorințelor tale. Atunci când ai spus: «sunt fericit», toate minciunile și adevărurile ascunse au devenit dulci ca mierea. Dau toată lumea pe un zâmbet al tău, pe care voiam să-l păstrez și care mă urmărește, de atunci, tot timpul." Dar mai sunt oameni care nu pot suporta astfel de minciuni, pentru care a trebui să tacă este echivalent cu a trăda relația dintre ei. Medicul de familie trebuie să fie mereu atent când și de ce partenerul nu lasă pe pacient să știe. Pot apărea multe contradicții. O femeie muribundă a cerut ca adevărul să nu fie comunicat soțului pentru că el îl va respinge. Din cauza aceasta, ea s-a retras într-o mare însingurare. Abia după câteva convorbiri în trei, respingerea adevărului de către soț a fost rezolvată astfel că femeia a putut muri în pace. În ultimele săptămâni de viață, ei au discutat, împreună, despre

Scanned with OKEN Scanner

tot ce este de făcut în privința apropierii morții. Este surprinzător ce mult timp se face pentru convorbiri legere, pentru a sta în fața televizorului, pentru un nou interes pentru lumea din jur, pentru discutarea micilor treburi gospodărești, pentru relațiile care nu mai au nevoie de cuvinte, atunci când moartea devine deja un lucru acceptat. Dacă familia este activă în această privință, implicându-l pe muribund, atunci și apropierea perioadei de doliu pentru ei va fi mai ușoară. Anticiparea acestuia duce la trăirea lui mai ușoară. De calitatea stării de fapt depinde mult starea viitoare a celor în viață. Glaser și Strauss[22] lasă să se înțeleagă că moartea poate fi mult influențată de faptul că toți știu de venirea ei.

Reacții la moarte. Medicul de familie trebuie să dea atenție reacțiilor membrilor familiei. Represiunea lor poate duce la depresie care, uneori, poate fi atât de gravă, încât să devină necesar un tratament psihiatric. Rareori, există o asemenea insuportabilitate a procesului de deces încât îngrijirea acasă aproape că nu mai este posibilă.

Nu de puține ori, copiii dintr-o familie în care se moare devin instabili emoțional. Li se acordă multă atenție, dar nu se ține cont suficient de felul în care înțeleg problematica morții și frica de despărțire. Moartea cuiva din familie poate provoca depresii și la copii. Apoi, apar sentimente de vinovăție și rușine, mai ales când încep să se exprime dorințele muribundului. Acestea se manifestă și la adulți. Mai ales dacă a existat o relație proastă cu muribundul, sentimentele de vinovăție se accentuează.

Capacitatea de suportare. Medicul de familie trebuie să aprecieze foarte bine dacă îngrijirea poate fi făcută de membrii familiei sau dacă aceasta duce la o extenuare. Dacă tratamentul se prelungește și nopțile, atunci el trebuie să aibă grijă de reglementarea de noapte a serviciului. Lucrul acesta este extrem de important; nu este acceptabil – iar lucrul acesta se întâmplă des – ca familia să fie cu totul absorbită timp îndelungat cu faptul morții.

Informația asupra procesului de deces. Medicul de familie poate avea o contribuție importantă prin a ține la curent membrii familiei cu ceea ce presupune decedarea, mai ales prin explicarea a ceea ce constituie al cincilea stadiu.

A muri acasă

Cele arătate mai sus ne aduc la întrebarea dacă este de preferat să se moară acasă sau la spital, sau așezământ de asistență medicală. Cei mai mulți pacienți preferă să moară acasă. Conform statisticii, în Olanda, 50% din cazurile de deces au loc acasă. Numărul celor care mor la spital a crescut în ultimii ani. Următoarele elemente determină dacă se va muri acasă.

a Natura procesului de boală. La unii pacienți, îngrijirea în spital poate ușura mult suferința fizică la caz de inconștiență puternică, decubitus sau imobilitate accentuată.

b Capacitatea familiei de a îngriji pacientul, cu ajutorul asistentei de cartier și un alt ajutor în familie. Durata procesului de boală, apariția altor

Scanned with OKEN Scanner

necesități de îngrijire ca cele pentru copiii mici, vârsta și sexul celui bonav, vor influența luarea unei decizii. Sheldon[23] a stabilit că 64% din femei și 80% din bărbați pot fi îngrijiți acasă. Din cercetarea lui reiese că femeile în vârstă au considerat îngrijirea muribundului ca cea mai grea perioadă din viața lor. Apoi, important este nu numai dacă membrii familiei sunt în stare, dar și dacă vor să îngrijească muribundul. Dorința pacienților de a muri în propriul lor mediu este în creștere. Aceste dorințe sunt respectate din ce în ce mai mult, iar sistemul de asistență la domiciliu s-a îmbunătățit pentru le a face față. Această tendință merge mână în mână cu preocuparea crescândă pentru granițele posibilităților de tratament. Mulți pacienți nu mai vor ca „absolut orice" să fie făcut pentru a-i ține în viață.

c Circumstanțele de locuire și gospodărire trebuie să facă posibilă îngrijirea acasă.

d Relațiile reciproce din familie, mai ales dintre soți, trebuie să fie astfel încât muribundul să poată fi el însuși. Dacă nu acesta este cazul, atunci se recurge adesea la îngrijirea în spital.

e Influența pe care o are asupra pacientului specialistul care îl tratează și cooperarea lui cu medicul de familie.

DECESUL ÎN SENSUL ORORII LUI

Este extrem de dificil să se prevadă momentul morții. Este de înțeles faptul că despre acesta nu există încă nici o expresie exactă. Uneori, primul semn mai clar al aproprierii morții este o respirație Cheyne-Stoke. Uneori, mai apar și alte semne: peristaltismul intestinului gros se oprește, înghițirea aproape că nu mai este posibilă, gura rămâne deschisă, iar limba este uscată și tinde să se retragă în spate. Aceasta, în combinație cu saliva care nu mai poate fi îndepărtată, constituie o imagine înfricoșătoare. Muribundul începe să aibă fața hippocratică: nasul se ascute, se răcește, urechile se înmoaie, ochii se duc în fundul orbitelor, fața este lividă. De cele mai multe ori, pacientul are incontinență a fecalelor și urinei. Muribundul transpiră sporadic, pulsul se încetinește, devine neregulat și filiform, extremitățile se răcesc repede; cam în 24 de ore, intervine moartea. Chiar înaintea acestui timp, muribundul își pierde în general cunoștința. Uneori, înaintea morții apare o hiperpiroxie (febră).

Suportarea morții poate fi ușurată prin aerisirea și luminozitatea camerei: observarea acestui proces este însă foarte dificilă, iar semnele pot fi confundate și se poate crea panică. Dacă pacientul transpiră, el trebuie tamponat regulat. Pătura trebuie să fie ușoară; muribuntul suferă în general de căldură. Cât timp mai poate înghiți, i se va da apă rece sau ceea ce vrea, dacă mai vrea ceva anume. Pliurile așternutului trebuie întinse, iar poziția de ridicat pe jumătate se va schimba alternativ des cu cea întinsă. Urina și fecalele vor fi curățate imediat.

Camera muribundului trebuie să fie liniștită; nu trebuie să fie prea multă circulație și agitație în jur prin prezența mai multor persoane în același timp. Este bine ca cei mai dragi să-i stea alături, să-i țină mâinile în mâinile lor și să nu-și arate frica. Aceasta va reduce sentimentul de însingurare, iar muri-

Scanned with OKEN Scanner

bundul reacționează de obicei pozitiv. Nu trebuie vorbit încet sau prea încet pentru că pacientul are deja auzul slăbit, dar pot apărea și momente de revenire, mai ales la pacienții în stare de subcomă.

Constatarea morții

Cei ce sunt prezenți la patul de moarte știu adesea foarte bine când a intervenit moartea, dar cel ce stabilește acest lucru este medicul de familie. Pentru muribund, aceasta este o experiență foarte puternic emoțională, el trece printr-o fază de iluminare a vieții, când, în câteva clipe toată viața îi trece prin fața ochilor. Semnele morții sunt: **a** încetarea respirației și bătăilor inimii; **b** căderea tensiunii sanguine; **c** căderea sistemului muscular; acesta nu mai reacționează la mișcare indusă; **d** încetarea reflexului corneei; **e** simptomul lui Tonelli: apăsarea corneei formează o adâncitură care nu își mai revine; **f** rigor mortis, rigiditate mortală; **g** hipostaziere și **h** pătarea corpului. Medicul care a constatat moartea trebuie să scrie o declarație de deces conform articolului 5 al Legii din 1 iunie 1865 (formularul A și B)[24].

EUTANASIA (din grecescul: eu = bun, thanatos = moarte)

Despre problema eutanasiei s-au scris biblioteci întregi. Nici nu este de mirare: este vorba de un concept și concepție de o mare intensitate emoțională, în care sunt implicați factori medicali, religioși, culturali, vitali și ținând de personalitate. Se pare că există dificultăți de definire, tocmai ca urmare a multitudinii de factori, a concepțiilor și evaluărilor pe care factorii îi exprimă.

Mai întâi se distinge așa-numita *eutanasie pasivă*. Prin aceasta se înțelege faptul de a nu se mai aplica măsurile de menținere a vieții, ca încetarea tratamentului unui proces canceros prin oprirea radiațiilor sau/și chimioterapiei. Alte forme sunt, de pildă, încetarea tratării cu antibiotice a unei pneumonii la un suferind de cancer de plămâni într-un stadiu avansat, sau încetarea alimentației artificiale la un pacient aflat de mult timp în comă. Administrarea de doze repede crescătoare de morfină poate fi de asemenea parte din această categorie.

Așa-numita eutanasie pasivă este o activitate trecută cu totul în practica și răspunderea medicală. Medicul este deci acela care ține mereu cont de prognoză și pune tratamentul de acord cu aceasta! Simțirea necesității eutanasiei pasive marchează granița dinspre ceea ce, medical, se poate. Înainte vreme, nu se vorbea de eutanasie: era vorba de o abstinență de la tratamentul considerat că nu mai are sens. În funcție de posibilitățile medicale în creștere, dezvoltării cunoașterii și tehnologiei medicale, momentul când se prefigurează lipsa/pierderea sensului pentru continuarea tratamentului, a fost împins mereu mai departe. Eutanasia pasivă este adesea o alegere conștientă pentru întreruperea tratamentului care, deși pare promițător, nu este astfel în ultimă instanță. Eutanasia pasivă intervine dacă îngrijirea și asistența medicală nu pot decât nesatisfăcător combate suferința pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

Conceptul de eutanasie pasivă trebuie de fapt eliminat fără întoarcere. Activitatea medicală adevărată este direcționată către însănătoșire, ușurarea suferințelor și încercărilor la care este supus pacientul. Dacă, continuarea unui tratament nu (mai) poate conduce la acestea, atunci încetarea tratamentului este o fază normală a activității medicale. Tocmai continuarea fără sens a tratamentului medical poate fi numită o activitate medicală incorectă.

La întreruperea tratamentului, medicul, care are cea mai bună perspectivă asupra pacientului, îndeplinește un rol important, dar acesta se prefigurează din punctul de vedere al avizării: pacientul și eventual familia lui apropiată (dacă pacientul nu mai este în stare să-și facă cunoscută voința) este/sunt ultimul, ultimii care au cuvântul decisiv. Această alegere nu constituie nici un fel de excepție de la alte forme de decizie asupra pacientului: decizia de a sfârșit, de a lăsa să se petreacă sfârșitul este în seama pacientului. Medicul trebuie însă să dea informațiile necesare cu privire la posibilitățile și granițele activității medicale, asupra consecințelor acestora, astfel ca pacientul să ajungă la o judecare conștientă. Această regulă generală este valabilă pentru decizia de a înceta un tratament. Responsabilitatea medicului care tratează este și rămâne foarte mare, deoarece pentru pacient, care se află adesea într-o situație foarte proastă, va fi greu să ajungă la o decizie. În această privință, el nu va trebui abandonat de medicul său.

Este însă mai limpede efectuarea unei alte distincții: aceea între eutanasia *directă* și cea *indirectă*. Această distincție se referă numai la eutanasia activă. Prin *eutanasie activă, indirectă* se va înțelege „administrarea intenționată unei alte persoane de mijloace, în ideea vizibilă ca suferințele acesteia să fie ușurate în beneficiul persoanei respective, în timp ce cel ce administrează mijloacele știe că mijloacele administrate (pot) scurta viața respectivei persoane“[25]. Acestea se referă la calmante contra durerilor puternice. Aici, la bază, stă ușurarea durerii și nu scurtarea vieții.

Prin eutanasie *activă, directă* se înțeleg activități intenționale de sfârșirea vieții cu privire la o altă persoană, în beneficiul ei, pentru a sfârși suferința. Dacă termenul eutanasie este cu totul asociat acestei forme active, directe, pot apare confuzii terminologice. Există cazuri excepționale când suferința unui pacient este atât de mare și diminuarea ei este atât de neînsemnată, încât apare întrebarea dacă nu este mai bine să se pună capăt acesteia. Concepția noastră este contra unui astfel de gând: datoria principală a unui medic este de a conserva viața și, în orice caz, de a ușura suferința. Dacă însă viața, având în vedere natura bolii de care suferă pacientul, nu mai este posibilă, și dacă, în plus, suferința nu mai poate fi ameliorată, sau satisfăcător ameliorată, atunci care este calea de ieșire? Mai poate fi un act, făcut cu inima deschisă, de ajutare a vieții, care nu mai oferă nici-o șansă, să se regăsească într-unul de sfârșirea vieții? Uneori, ambele datorii: conservarea vieții și eliberarea de suferință par să nu mai fie împreunate. Această problemă ultimativă a fost ani în șir discutată în Olanda de către medici, juriști, eticieni și organizații ale pacienților. S-a recunoscut faptul că astfel de situații pot exista în mod excepțional. Numai câteva grupări mici, mai ales de fundamentaliști, s-au declarat împotrivă.

Scanned with OKEN Scanner

Desigur că pe parcurs, s-a ajuns la dezvoltarea unei proceduri de echilibrare, care este lucrativă în practică. Pe scurt, aceasta constă din următoarele: Conform Codului Penal, a pune capăt vieții este un fapt pedepsibil. Dar s-a dezvoltat o procedură, de către juriști și medici care, dacă este urmată întocmai, un medic nu poate fi urmărit penal. Condițiile pentru aceasta sunt: pacientul trebuie ca, în mod repetat și în deplină libertate, să își facă cunoscută voința de a muri. Pacientul trebuie să se afle în faza de deces iar tratamentul trebuie să fie imposibil. Pacientul trebuie cercetat de un al doilea medic, care nu are nici o legătură cu primul medic (cel al pacientului), și acesta trebuie să ajungă, independent, la aceeași concluzie că eutanasia este singura cale umană de ieșire pentru pacient. Medicul de familie trebuie să completeze un protocol de efectuare, în care sunt descrise clar toate aspectele numite mai sus. După deces, faptul este adus la cunoștința serviciului de autopsie al comunității, care judecă dacă toate au fost îndeplinite în acord cu regulile. Dacă nu acesta este cazul (se constată neregularități), atunci este convocat Ofițerul de Justiție care poate dispune eventuala urmărire penală. Această reglementare este, în general, suficientă: ea cuprinde o modalitate riguroasă de utilizare a criteriilor, în timp ce aceasta este făcută să corespundă voinței pacienților care, în cazuri excepționale, au simțit necesitatea eutanasiei. Insuportabilitatea suferinței, dar și un sentiment de desfigurare (deformare) pot motiva cererea pacientului. Medicul trebuie să ajungă să fie convins că nu este vorba de o disperare de moment, ci de o dorință persistentă.

Dintr-o cercetare efectuată reiese că în Olanda 130 000 de oameni mor anual. În aproximativ o treime din cazuri, la deces nu a fost prezent nici un medic (moarte de inimă acută, moarte apopleptică, accident etc.). În ceva mai mult de jumătate din restul cazurilor, medicul a avut de luat, la un moment dat, o decizie care, cu probabilitate, a urgentat sfârșitul vieții. Lucrul acesta se desprinde fie din încetarea tratamentului de întreținere a vieții, fie din neînceperea ridicării nivelului medicației pentru a ținti suferința cu riscul de a scurta viața, fie prin intervenția activă de a sfârși viața. Această din urmă categorie – adevărata eutanasie se constată numai într-o proporție foarte redusă. Sfârșirea activă a vieții are loc în 1,8% din toate cazurile de deces[26].

Pentru medicul de familie, procentul este mai scăzut deoarece el este confruntat cu o problemă de eutanasie, în medie, o dată la doi, trei ani. Se pare că în practică solicitarea de eutanasie este mai frecventă, dar, fie că pacientul nu persistă în cerere, fie că, între timp, a decedat, nu se ajunge la efectuare. Pentru mulți pacienți, ideea că, în caz că suferințele lor devin de nesuportat, există o cale de ieșire, este deja de natură să aducă oarecare liniște.

Recurgerea ultimativă la eutanasie este un eveniment de mare emoționalitate, care provoacă insomnie multor medici (ai familiei). Se ajunge mereu la a fi impresionat de gravitatea problemei eutanasiei.

Dacă s-a luat o dată decizia de a se aplica eutanasia, atunci aceasta trebuie efectuată conform unei *modalități foarte profesionale*.

Această practică olandeză este foarte sever judecată de cercurile esențialmente fundamentaliste din țară și străinătate, printre altele, prin a o

Scanned with OKEN Scanner

pune pe o aceeași linie cu practicile naziste din lagărele de concentrare, din timpul celui de-al doilea război mondial. Trebuie însă să devină foarte clar că această critică conține o mare neînțelegere a motivelor pe care atât medicul, cât și pacientul le au.

DOLIUL

După deces, medicul de familie are îndatoriri față de familia rămasă în urmă. Despre simptomatologia și tratarea stării de mare necaz și durere s-au scris, în ultimele decenii, numeroase studii. Una din cele mai importante este celebra cercetare a lui Lindemann[27] care a intervievat un număr de persoane îndoliate. El a ajuns la un tablou al celor cercetați care este remarcabil de uniform. Acesta se remarcă prin:

a Sindromul poate să se manifeste imediat după criză, necaz, dar și ceva mai târziu. Cineva trebuie să fie foarte puternic pentru a nu-l lăsa să se manifeste. Uneori, imediat după deces, persoanele se află într-o stare de insensibilitate: ele își reglementează treburi și afaceri, primesc vizite și pun la punct înmormântarea fără semne evidente de îndurerare. Mai ales la intervenția neașteptată a morții, prin accident sau atac de cord, această fază ia forma unui șoc. Străinii interpretează, injust, această stare ca fiind un semn de insensibilitate.

b O dată devenită manifestă emoția, aceasta se asociază cu semne fizice, corporale: senzația de a nu se simți bine, cu nod în gât și uscăciune, cu nevoia de a respira în care oftatul este imperativ și o senzație neplăcută în abdomen. Apare o moleșire a mușchilor care fac obositoare urcarea unei scări. Mâncarea nu mai are gust, îmbucăturile sunt împinse, gura este uscată. Dacă cineva se concentrează pe amintirea celui pierdut, suferințele se amplifică.

c Forme ușoare de derealizare (pierderea contactului cu realitatea), o senzație de irealitate în care distanța față de ceilalți se mărește, iar preocuparea pentru cel decedat este foarte intensă. Toate acestea sunt prezente pe diferite grade. De asemenea, apar des halucinații despre decedat. Dewi Rees[28] a stabilit că acestea se manifestă în aproximativ jumătate din cazuri, uneori chiar până la zece ani după deces. Gorer[29] arată că dintre cei 80 intervievați de el 31 aveau vise foarte vii, realiste despre cel decedat.

d De cele mai multe ori apar sentimentele de vinovăție. Nici o relație umană nu este perfectă. Lucruri sunt negate sau trecute cu vederea spunându-se „Mai târziu am să repar eu". Atunci când numai este nici un mai târziu, omul se judecă și învinovățește. Sentimentul de vinovăție este reclamat de ideea că nu s-a avut destulă grijă de celălalt: doctorul a fost prea târziu avertizat iar durerile nu au fost suficient de bine puse în evidență. Sentimente de vinovăție pot apărea la copii prin existența, conștientă sau pe jumătate conștientă, a doririi morții cuiva.

e Mânie și agresivitate se manifestă mai rar, dar ele pot apărea. Într-un sfert din cazuri, acestea sunt îndreptate împotriva medicului sau a pastorului (preotului); uneori, acestea sunt întemeiate pe adevăr, alteori este vorba de a a căuta un vinovat. Nici decedatul nu este scutit de a provoca sentimente de

Scanned with OKEN Scanner

furie și agresivitate; Hinton[30] a stabilit că în 80% din cazuri apar sentimente agresive față de cel decedat. Cel rămas în urmă se simte abandonat, trădat.

f Des apar sentimentele de anxietate, frică. Acestea sunt de pus pe seama fricii de a fi rămas singur. Kalish[31] consideră că frica de despărțire apare mai cu seamă la copii.

g Comportamentul normal de viață se pierde: nu se mai simte nevoia de a vorbi, mai ales despre cel decedat, se pierde liniștea, nu se mai poate sta liniștit și se umblă de colo colo fără scop. Pe de altă parte, se pierde capacitatea de inițiativă și posibilitatea de a fi ocupat în mod ordonat.

h Contactele sociale, cele cu prietenii și schimburile normale se diminuează. Pe de o parte, acestea sunt urmarea schimbării modului de comportament prin lipsa celui decedat, pe de altă parte, există și cauze sociale ale schimbării. Mai ales poziția socială a văduvei, care, în plus, nu muncește, se schimbă din temelii. Contactele sociale ale perechii se diminuează, iar menținerea contactelor pe care le-a avut soțul nu mai este posibilă.

Procesul, perioada de doliu conține elemente de felul celor identificate de Kübler-Ross pentru procesul de decedare. Moartea și doliul sunt, ambele, orientate către felul în care se are de a face cu *despărțirea*. Elemente asemănătoare se pot manifesta în ruperea unei relații, divorț sau pierderea unei prietenii. Pe timpul războiului se manifestau reacții de doliu la faptul că cineva este absent, plecat de mult timp, acolo unde erau împrejurări amenințătoare. Astfel de reacții apăreau la cei rămași în urmă ca formă de exprimarea durerii pentru cei de pe front sau lagăre de concentrare. Dacă se petrecea totuși o reîntoarcere și reunire, restabilirea relației devenea ori dificilă, ori imposibilă din cauza trăirii doliului. La fel se petrec lucrurile după un divorț.

Analog acestora, se poate observa că partenerul se află deja într-un proces de doliu dacă zacerea pe patul de moarte durează mult timp. Faza de doliu începe când muribundul este încă în viață. Aceasta poate avea ca urmare faptul că perioada de doliu de după decesul propriu-zis este mai scurtă, sau chiar se încheie înaintea intervenirii morții.

Procese anormale de îndoliere

O serie de procese de doliu de după moarte se manifestă neobișnuit, ceea ce solicită atenția medicului de familie. Lindemann a descris o serie de reacții de acest fel. Este foarte important ca suferindul să fie adus la forma la care aceste reacții sunt normale deoarece, altfel, există riscuri foarte mari. Cât de grave pot fi acestea reiese din faptul că Lindemann le numește „tablouri de boală". El distinge următoarele astfel de tablouri:

a *Amânarea reacției*. Dacă cineva este lovit de pierderea cuiva, într-un moment când era ocupat cu o muncă importantă care trebuie, în mod hotărât, să fie terminată, cum ar fi grija pentru o familie numeroasă, este posibil ca reacțiile de doliu să fie amânate sau reduse. Acestea se manifestă însă mai târziu, poate chiar mai grav. Dacă persoana nu este implicată emoțional, un caz de deces nu produce reacții ample de doliu.

b *Reacții anormale*. Acestea pot apărea pe perioade intermitente luând forma unui/unor comportament(e) anormal(e). În principiu, unul sau mai

Scanned with OKEN Scanner

multe acte comportamentale anormale se pot manifesta și în cadrul complexului normal de reacții. Atunci, ele rămân limitate ca intensitate și durată.

Lindemann distinge, în acest sens, următoarele: **a** supraactivitate, fără ca persoana să ajungă la rezultatul că a suferit o pierdere; **b** un comportament care seamănă cu cel al decedatului; **c** simptome ale ultimei boli a decedatului, ca expresie a unei mari identificări cu acesta; **d** boli adevărate; dintr-un studiu reiese că 33 din 41 de pacienți cu colită ulceroasă au făcut această boală ca urmare a pierderii cuiva care a însemnat mult pentru pacient; **e** o relație schimbată cu prietenii și familia; pacientul se retrage în izolare îndelungată, este adesea iritat și reacționează dușmănos față de cei din jur; **f** o dușmănie care, cel mai adesea, se concentrează asupra unei singure persoane, de pildă medicul care a tratat decedatul; **g** o tulburare a exprimării sentimentelor, dispariția emoțiilor adânci; aceasta are un rol (în autoconservare); **h** incapacitatea de interacțiune socială, de a începe ceva, stare de neliniște și incapacitate de a dormi; **i** activități nerealiste cu privire la aspecte economice; iresponsabilitate în cheltuieli și tranzacții dezavantajoase; **j** depresie agitată cu tensionare, insomnie, sentimente de devaluare și pierdere de sine, o mare nevoie de autopedepsire. La pacienții din această ultimă categorie există riscul mare de tentative de sinucidere. Pacienții care au mai suferit înainte de depresii agitate fac mai des această formă de îndoliere. Importanța procesului de doliu este în prezent mai mult recunoscută decât în trecut. S-a recunoscut că ritualurile datând de secole, religioase, dar și sociale, constituie un mare suport. Mult timp, însemnătatea acestora a fost subapreciată, în timp ce, datorită secularizării, aceste ritualuri abia dacă mai există. Există o tendința, în vremurile de azi, de individualizare, de găsirea a formelor mai personale. Este cert că copiii mici care au fost ținuți în afara proceselor de moarte și doliu se dezvoltă spiritual mai sănătos decât cei implicați sau loviți de astfel de necazuri.

Riscul mărit la boală și moarte a partenerului rămas în urmă

Din diverse cercetări rezultă că partenerul care a rămas în urmă este expus riscului mare de a muri. Young[32] a stabilit că în primele șase luni de la decesul unuia din soți riscul de moarte al soțului devenit văduv este cu 40% mai ridicat decât al partenerilor necăsătoriți. Cauzele morții par să fie foarte diferite: tuberculoză, sifilis, carcinom, diabet, accident cerebrovascular, boli de inimă, ciroză la ficat, boli de pancreas, suicid. Murray Parkers[33] a constatat chiar, prin urmărirea sistematică pe 9 ani a persoanelor văduve de 55 de ani și mai vârstnice, că persoanele văduve dintr-o fostă căsnicie mor cu 40% mai mult în prima jumătate de an de la decesul partenerului, decât partenerul necăsătorit. Cauza morții a fost mai ales tromboza coronariană, arterioscleroza și boli degenerative de inimă. Este deci foarte limpede că îndolierea semnifică pentru mulți un stres grav: rezultă de asemenea, că, în astfel de circumstanțe, mecanismul de rezistență și imunologic sunt sever puse la încercare.

Din ultima cercetare a rezultat de asemenea că după moartea partenerului, medicul de familie este consultat mai des. Acest fapt este cauzat de o multitudine de factori: **a** pe timpul când decedatul a zăcut pe patul morții, nimeni

Scanned with OKEN Scanner

n-a mai avut timp să se plângă de ceva; apoi se face timp pentru a da atenție și acestora; b un control regulat al partenerului rămas în viață are loc aproape de la sine; c partenerul care a supraviețuit poate avea mai mare nevoie de suportul medicului de familie; d pot apărea mai multe boli ca urmare a stresului provocat de moartea partenerului.

Acordarea de ajutor de către medicul de familie

Moartea și doliul sunt ambele procese orientate către a-l face pe celălat liber. La cel îndoliat, acesta este numit „consumarea doliului". Durata acestui proces depinde, conform lui Lindemann, de măsura reușitei de consumare a acestui proces: eliberarea de legăturile strânse cu cel decedat pentru a se adapta la împrejurările și mediul din care acesta lipsește, și construirea de noi relații. Pentru aceasta este însă nevoie ca îndoliatul să îndrăznească să recunoască și să vorbească deschis despre sentimentele de vinovăție, furie și frică. Pentru a da expresie acestor sentimente, medicul de familie se va ajuta mai ales de pastor sau de un prieten bun. Adesea, cineva care a participat la petrecerea morții, care a fost acolo, poate fi de mare ajutor[33]. Datoria principală este de a asculta cu înțelegere, răbdare și compasiune, de a arăta că mânia și vinovăția nu trebuie reprimate, ci, din contră, lăsate să se exprime, că ele nu constituie semne de infidelitate față de cel decedat. Medicul de familie trebuie de asemenea să manifeste indulgență față de agresivitatea cu care este tratat și chiar să o accepte inițial. Într-un stadiu ulterior, este bine ca agresivitatea față de el să fie discutată de o manieră rațională. Aceasta din urmă este folositoare nu numai pentru sentimentul propriei valori a medicului, ci mai ales pentru readucerea la realitate a celui lovit de necaz.

Este bine ca, temporar, insomnia să fie combătută, eventual medicamentos, iar prescrierea de sedative este folositoare mai ales imediat după intervenirea morții.

Dacă însă apar reacții patologice de îndoliere, medicul de familie trebuie să-și concentreze atenția asupra lor. În cazurile când nu se prefigurează ameliorări, trimiterea la psihiatru este indicată. Grupurile de autoajutorare pot fi cooptate cu rezultate bune. În sfârșit, este clar pentru oricine că medicul de familie trebuie să acorde atenție sănătății corporale a îndoliatului. Acesta face deja parte, cum s-a mai spus, din grupul de expuși la riscuri!

MEDICUL DE FAMILIE ȘI MOARTEA PACIENTULUI SĂU

Cu toate că moartea este un eveniment grav, ea a devenit tot mai mult un fapt caracteristic timpurilor noastre prin frecvența ei din lagărele de concentrare, războaie și violența traficului. Medicul face și el parte din această cultură a violenței, și el trăiește în același mediu amenințător. Ca oricare altul, propria moarte nu-l preocupă, dar, prin profesia pe care o are, el este confruntat cu moartea sub toate aspectele ei. Exercitarea profesiei lui este tocmai de a nega moartea. Aceasta stă în centrul existenței lui prin aceea că luptă constant contra ei. Dacă această luptă nu reușește, iar pacientul va trebui să

Scanned with OKEN Scanner

moară, medicul trece printr-o experiență adesea profund personală, ca fiind o deprivare sau chiar vinovăție. Medicul poate avea astfel tendința de a-l ocoli pe muribund în ideea că tot nu se mai poate face nimic. Pacientul este deci „abandonat". El însă poate învăța că un pacient nu trebuie niciodată abandonat, și că îngrijirea la moarte face parte din îndatoririle lui. Pentru ca medicul să ofere o asistență de calitate la moarte, trebuie ca el să fi gândit propria moarte. Ar fi însă prea mult să se ceară medicului să-și anticipeze moartea și să o experimenteze aproape cu totul, dar este de așteptat ca el însuși să fi avut puterea de a se gândi și de a vorbi despre ea. Kübler-Ross[35] spune despre aceasta: „Pe termen lung, ajută tocmai îngrijirea terapeutului care a prelucrat mental suficient complexul propriei morți la al face pe pacient să depășească frica de moarte". Dacă lucrurile nu se petrec astfel, atunci medicul de familie va fi înclinat să evite chiar și discutarea morții pacientului. El nu va fi în stare să recunoască, să identifice momentul când pacientul ar vrea să vorbească despre moarte. Apoi, el va suferi de sentimente de vinovăție mai mult decât normal, ceea ce va avea ca consecință faptul că nu va fi în stare să reacționeze corect la reacțiile agresive ale muribundului. El va fi înclinat să limiteze agresivitatea muribundului deși lăsarea ei liberă este singura soluție.

Despre asistare vrem să mai facem unele remarci din care va reieși că asistarea la moarte are aceleași fundamente ca și alte forme de acordarea ajutorului.

a Pacientul trebuie tratat fără discriminare și trebuie să i se stea alături.

b Aspectele somatice și psihologice trebuie să fie combinate în cadrul acordării ajutorului, iar ele trebuie să formeze un tot în ajutorul acordat familiei.

c Acordarea de ajutor reclamă investirea de timp.

d Acordarea de ajutor trebuie să se facă cu răbdare în sensul în care Gabriel Marcel s-a exprimat: să intri în ritmul celuilalt.

e Moartea trebuie să constituie, cât mai repede, punctul unei convorbiri între medic și pacient. Posibilitatea aceasta este cu atât mai mare cu cât pacientul se apropie realmente de moarte. Aceasta înseamnnă că medicul nu se va eschiva atunci când i se cere să poarte o astfel de discuție, care rezidă în orice caz de boală. Ansohn[36] este de părere că dacă aceasta se petrece ceva mai des, relația boală–moarte poate deveni mai fracționată, astfel că ultima boală și poate cea fatală va fi mai suportabilă.

f Mai puțin decât în alte cazuri de îmbolnăvire, poate medicul să cadă în rutină. Experiența îl va face un medic mai bun, dar nu trebuie să uite că aceasta nu trebuie să ducă la clișee și prejudecăți.

Esența ajutorului acordat de medicul de familie pacientului și celor din mediul lui se înscrie în concepția supremă că „el este de folos la a ajuta pacientul să se elibereze". Medicul va face acest lucru prin îndepărtarea obstacolelor fizice, psihice și sociale. Pentru ceea ce se referă la aspectele psihologice, promovarea ajutorului celor din jur este de mare importanță. Asistența din punct de vedere somatic se poate realiza cel mai bine prin colaborarea cu asistenta de cartier, pe de o parte, și cu specialiștii din spitale, pe de altă parte. Uneori, medicul de familie este în situația de a construi o

Scanned with OKEN Scanner

relație și atitudine foarte intensă cu un pacient. Exact atunci când acordarea ajutorului privește un proces de deces, el va trebui deseori să ia distanță pentru a-și putea exercita profesia, adică ceea ce Karl Jaspers descrie ca: „Pe parcursul decesului, are loc și o eliberare de medic, ceea ce pentru medic este bine pentru că, altfel, neeliberarea ar duce la suportarea unei responsabilități care l-ar ruina".

Pe parcursul acordării ajutorului la moarte și doliu, medicul de familie devine martorul măreției ca și micimii umane, al dragostei și indiferenței, dar și al regretului pentru o viață neîmplinită. Tocmai la granițele existenței poate medicul fi școlarul pacienților săi, să învețe de la ei pentru ce trăiește și a trăit un om. Partea de minunație a ajutorului dat de medic atinge acum puncte culminante ale muncii și vieții medicului. LeShan[38] a exprimat bine de ce este astfel: Mai departe, cineva descoperă ceva care numai rareori este menționat în manualele de psihologie și psihiatrie. Cineva vede clar puterea și demnitatea ființei umane, altruismul adânc, calitățile pozitive care există la toate nivelurile personalității. A lucra cu oameni care se află sub loviturile (ciocanul) soartei, crește enorm respectul cuiva pentru aceștia și îl fac mândru de a fi ființă umană.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1 *Statistici lunare asupra populației și stării de sănătate*, CBS, 1972, 20, 4.
2 Hinton, J., Murind (Dying), Middlesex-Baltimore, 1967.
3 Dewi Rees, W., „Drama morții", *British Medical Journal*, 1972, **5818**, 105.
4 Hinton, *ibid.*
5 Fieren, C. J., *Infarctul de miocard*, Nijmegen, 1972.
6 Kyle, M. A., „Abordarea de către asistentă a pacientului încercând să se adapteze la un cancer inoperabil", *Am. Nur. Ass. Conv. Clin. Sess.*, 1964, **27**.
7 Rossum, J. M. van, „Suportul medicamentos la nevoia muribundului", în *A muri la valoare omenească*, Nijmegen, 1973.
8 Balint, M. *Doctorul, pacientul lui și boala*, Londra, 1956.
9 *Compas farmaco-terapeutic*, 1994. Consiliul Asigurărilor medicale Amstelveen.
10 Hinton, *ibid.*
11 Hinton, *ibid.*
12 Kübler-Ross, E., *Lecții pentru cei în viață*, Bilthoven, 1970.
13 Barton, D., *A muri și moartea, un ghid clinic pentru cei ce dau îngrijire*, Baltimore, 1977.
14 Becker, E., *Negarea morții*, Baarn, 1974.
15 Exemple în acest sens sunt de găsit în *Privire asupra medicinii medicului de familie*, Utrecht, 1978.
16 Le Shan, L., „Psihoterapia și pacientul muribund", în Pearson, L. (ed.), *Moartea și murirea*, Cleveland-Londra, 1969.
17 Hinton, *ibid.*
18 Cushing, H., *Viața lui Sir William Osler* , vol. II, Londra-New York, Toronto, 1940.
19 Moltman, U., *Jocul libertății*, Hilversum, 1971.
20 Barton, *ibid.*
21 Philipe, A., *Nimic mai mult decât o respirație*, Utrecht, 1974.
22 Glaser, B. G. și A. L. Strauss, *Conștiința, luciditatea morții*, Chicago, 1965.
23 Citat din Hinton, *ibid.*
24 A se vedea, printre altele, *Anuarul de Medicină*, partea I, Rotterdam, 1979.
25 Spreeuwenberg, C., *Medicul de familie și asistarea la moarte*, Dizertație, Utrecht, 1981.
26 *Raport al Comisiei de Cercetare a Practicii Medicale cu privire la Eutanasie*, 1991, Ed. Ministerului Justiției și Ministerului Bunăstării, Sănătății Publice și Culturii.
27 Lindemann E., „Simptomatologia și tratamentul doliului acut", *Am. J. Psychiatry*, 1944, **101**, 141.

Scanned with OKEN Scanner

Editura LIBRA®

Calea Moşilor nr. 125, sectorul 2
70314, Bucureşti
Tel: 01/222 67 21; 223 15 10, -20, -30, -40/1741, 2653
Fax: 01/222 67 21

Consilier editorial: ION TOMESCU

Redactor: DANIELA SÂRBU
Şef producţie: EUGEN PRISLOPAN
Tehnoredactare computerizată: LIVIU DOBREANU
Coli de tipar: 31. B.T.: 10.07.1997.
Tiparul mediat de Editura «LITERA»
şi executat la Combinatul Poligrafic din Chişinău
sub comanda nr. 71089

Scanned with OKEN Scanner

S-au scris foarte multe cărţi de medicină. Majoritatea se ocupă însă de diferite boli. Ele nu se ocupă de omul bolnav, cu toate problemele sale, aşa cum sunt problemele trecerii de la starea de sănătate la starea de boală, problemele primului contact cu medicul de familie, problemele asistenţei medicale continue, problemele familiei, ale colectivităţii şi ale pacientului chiar înainte de a se îmbolnăvi.

Cartea prof. Jan C. van Es se ocupă tocmai de aceste probleme. Ea se ocupă atât de omul bolnav, cât şi de omul sănătos, cu toate problemele sale şi de relaţiile lui cu medicul de familie, pentru că prof. Jan C. van Es a fost primul profesor de medicină a familiei din Europa. El a înfiinţat în 1966, la Utrecht, prima catedră de medicină a familiei.

Deoarece răspundea unor nevoi sociale, medicina familiei s-a dezvoltat foarte mult. Au apărut catedre de medicină generală/medicina familiei la aproape toate facultăţile de medicină din Europa occidentală.

După 1990, prof. Jan C. van Es s-a ocupat şi de dezvoltarea medicinii familiei din România. A ţinut cursuri şi conferinţe, a discutat cu factorii de conducere, pentru a atrage atenţia asupra importanţei pe care o are medicina familiei în societatea modernă.

Iar acum, ne oferă această carte care va contribui, desigur, şi la dezvoltarea medicinii familiei de la noi din ţară.

Vă recomand, cu insistenţă, să o citiţi, pentru a vedea cât de mare este diferenţa dintre medicina familiei, medicina socială, epidemiologie, pediatrie şi chiar medicina internă, cu care ea este de multe ori confundată.

ADRIAN RESTIAN

LIBRA

EDITURA LIBRA

ISBN 973-9061-59-6

Scanned with OKEN Scanner